Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1		katalog realizowanych świadczeń								Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE**									**Poziom II i III - w okresie od 15.09.2020 r. do 11.10.2020** **Poziom IV od 12 października 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-501, ul. Mikołaja Kopernika 36									
telefon/ telefony:	+48 12 424 70 00, +48 12 424 70 01									
identyfikator REGON	000288685									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ**		**X**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-688, ul. M. Jakubowskiego 2									
telefon/ telefony	+48 12 400 20 00, +48 12 400 20 12, +48 400 20 47									
Miejsce udzielania świadczeń 2										
nazwa:	Choroby wewnętrzne		**X**							
Miejsce udzielania świadczeń 3										
nazwa:	Choroby zakaźne		**X**							
Miejsce udzielania świadczeń 4										
nazwa:	Chirurgia ogólna		**X**							
Miejsce udzielania świadczeń 5										
nazwa:	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu		**X**							
Miejsce udzielania świadczeń 6										
nazwa:	Ginekologia i położnictwo		**X**							
Miejsce udzielania świadczeń 7										
nazwa:	Neonatologia		**X**							
Miejsce udzielania świadczeń 8										
nazwa:	Anestezjologia i intensywna terapia		**X**							
Miejsce udzielania świadczeń 9										
nazwa:	Kardiologia		**X**							
Miejsce udzielania świadczeń 10										
nazwa:	Neurologia		**X**							
Miejsce udzielania świadczeń 11										
nazwa:	Neurochirurgia		**X**							
Miejsce udzielania świadczeń 12										
nazwa:	Trombektomia mechaniczna w udarze niedokrwiennym mózgu		**X**							
Miejsce udzielania świadczeń 13										
nazwa:	Inwazyjne leczenie ostrego zespołu wieńcowego		**X**							
Miejsce udzielania świadczeń 14										
nazwa:	Chirurgia naczyniowa		**X**							
Miejsce udzielania świadczeń 15										
nazwa:	Psychiatria (w zakresie pacjentów dorosłych, a także dzieci od 15 roku życia)		**X**							
Miejsce udzielania świadczeń 16										
nazwa:	Dializoterapia		**X**							

Miejsce udzielania świadczeń 17		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	**Zakład Diagnostyki**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-688, ul. M. Jakubowskiego 2						x			
telefon/ telefony	+48 12 400 36 99									
Miejsce udzielania świadczeń 18		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-688, ul. M. Jakubowskiego 2							x		
telefon/ telefony	+48 12 400 17 50, +48 12 400 17 51, +48 12 400 17 52									
Miejsce udzielania świadczeń 19		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-688, ul. M. Jakubowskiego 2								S	
telefon/ telefony	Nr telefonu dla pacjentów kierowanych przez POZ oraz dla pacjentów z objawami: +48 12 400 12 56, nr telefonu dla pacjentów kierowanych do leczenia uzdrowiskowego: +48 12 400 17 50									
Miejsce udzielania świadczeń 20		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**"Szpital tymczasowy"**		x							**szpital tymczasowy**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kopernika 50, 30-001, Kraków ul. Botaniczna 3, 31-034 Kraków									
telefon/ telefony										
Data dodania do wykazu	26.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COVID - 19**
nazwa:	**SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. STEFANA ŻEROMSKIEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE**									**poziom II - w okresie od 15.09.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-913, os. Na Skarpie 66									
telefon/ telefony:	+ 48 12 644 01 44, +48 12 622 94 65									
identyfikator REGON	000630161									

Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	**SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. STEFANA ŻEROMSKIEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE**		x							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-913, os. Na Skarpie 66									
telefon/ telefony	tel. + 48 12 622 94 03									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**							x		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-913, os. Na Skarpie 66									
telefon/ telefony	+ 48 12622 92 60, +48 12 622 94 15, +48 12 622 92 26									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach**									**poziom II - w okresie od 15.09.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2									
telefon/ telefony:	+48 12 272 10 85, +48 12 273 03 55									
identyfikator REGON	000300570									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach**		x							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2									
telefon/ telefony	+48 12 273-03-50, +48 12 273-03-54									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**							x		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2									
telefon/ telefony	+48 12 273-02-50, +48 12 273-02-17, +48 12 273-02-12									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Oddział Chorób Zakaźnych**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2								S	

telefon/ telefony	tel. +48 12 273 03 02, +48 12 273 03 03									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. E. SZCZEKLIKA W TARNOWIE**									**poziom II - w okresie od 15.09.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tarnów, 33-100, ul. Szpitalna 13									
telefon/ telefony:	+48 14 63 10 100,									
identyfikator REGON	000313408									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Izba Przyjęć**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tarnów, 33-100, ul. Szpitalna 13							**x**		
telefon/ telefony	+ 48 14 63 10 498, + 48 14 63 10 419, +48 14 63 10 508									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. E. SZCZEKLIKA W TARNOWIE**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tarnów, 33-100, ul. Szpitalna 13		**x**							
telefon/ telefony:	+48 14 63 10 100									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie**									**poziom II - w okresie od 15.09.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków,									
telefon/ telefony:	+48 12 614 20 00, +48 12 614 20 01									
identyfikator REGON	000290073									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Pracownia Mikrobiologiczna**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul Prądnicka 80, 31-202 Kraków						**x**			
telefon/ telefony	tel. + 48 514 602 932									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Izba Przyjęć**									

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków							x		
telefon/ telefony	tel. +48 12 614 20 00									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Izolatorium prowadzone przez Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie**			x						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	**WM Hotel System Sp. z o.o**, al. 29 Listopada 189, 31-241 Kraków									
telefon/ telefony	tel. +48 519 837 734									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie**		x							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków									
telefon/ telefony:	+48 12 614 20 00, +48 12 614 23 23									
Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii**		x							**poziom III - w okresie od 15.09.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków									
telefon/ telefony:	tel. +48 504 299 360 (lekarz dyżurny)									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO W NOWYM SĄCZU**									**poziom II - w okresie od 15.09.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowy Sącz, 33 - 300, ul. Młyńska 10									
telefon/ telefony:	+ 48 18 443 88 77									
identyfikator REGON	000306437									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO W NOWYM SĄCZU**		x							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowy Sącz, 33 - 300, ul. Młyńska 5									
telefon/ telefony	tel. + 48 18 44-32-123									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	

nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowy Sącz, 33 - 300, ul. Młyńska 5							x		
telefon/ telefony	+ 48 18 443-88-77 wew. 512, + 48 18 44-25-852									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Oddział Chorób Zakaźnych- punkt pobrań**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowy Sącz, 33 - 300, ul. Młyńska 5								S	
telefon/ telefony	+ 48 18 44-32-123									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Oddział Psychiatryczny**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowy Sącz, 33 - 300, ul. Młyńska 5		x							**poziom III - w okresie od 15.09.2020 r. do 30 listopada 2020 r.**
telefon/ telefony	+ 48 18 44-25-892									
Data dodania do wykazu	15.09.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu	30.11.2020 r.									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1									**poziom II - w okresie od 15.09.2020 r.**
telefon/ telefony:	+48 014 642 28 31, + 48 014 642 27 50									
identyfikator REGON	000304361									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1		x							
telefon/ telefony	+ 48 14 644 32 61, + 48 14 644 32 88									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Izba Przyjęć**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1							x		
telefon/ telefony	+ 48 14 644 33 00, + 48 14 644 32 22, + 48 14 644 33 04									

Miejsce udzielania świadczeń 3		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	**Oddział Obserwacyjno- Zakaźny**								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1									
telefon/ telefony	tel. + 48 14 6443 288									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Pracowni Analityki, Mikrobiologii i Serologii z Bankiem Krwi**						x			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1									
telefon/ telefony	tel. + 48 14 644 32 75									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Nowy Szpital w Olkuszu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**									**poziom II - w okresie od 13.10.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olkusz, 32-300, ul. 1000-lecia 13									
telefon/ telefony:	+ 48 41 240 1200									
identyfikator REGON	320592435									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt pobrań**								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olkusz, 32-300, ul. 1000-lecia 13									
telefon/ telefony	tel. + 48 41 240 12 45 (pon.-śr.i pt. 10:00-14:30 , czw.11:00-15:30), + 48 41 240 12 76 (sob.-nd.10:00-14:30)									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**							X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olkusz, 32-300, ul. 1000-lecia 13									
telefon/ telefony	tel. + 48 41 240 12 70									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt pobrań**								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Skalska 22, 32-340 Wolbrom									
telefon/ telefony	tel. + 48 41 240 12 45 (pon.-pt. 15:00-17:00), + 48 41 240 12 76 (sob.-nd.15:00-17:00)									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Nowy Szpital w Olkuszu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olkusz, 32-300, ul. 1000-lecia 13		X							

telefon/ telefony	+ 48 41 240 1200									
Data dodania do wykazu	13.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W PROSZOWICACH**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 11.10.2020** **Poziom II od 12 października 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13									
telefon/ telefony:	+48 12 386 51 00, +48 12 386 51 05									
identyfikator REGON	000300593									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Izba Przyjęć**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13							**x**		
telefon/ telefony	+48 12 386 51 22									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań w Izbie Przyjęć Oddziału Obserwacyjno- Zakaźnego**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13								**S**	
telefon/ telefony	tel. +48 12 386 52 10, +48 12 386 52 75									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	**ul. Mikołaja Kopernika 13, 32-100 Proszowice**		**x**							
telefon/ telefony:	+48 12 386 51 00, +48 12 386 51 05									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Szpital Św. Anny w Miechowie**									**poziom II - w okresie od 15.09.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3									
telefon/ telefony:	+48 41 38 20 100,									
identyfikator REGON	000304384									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3							**x**		
telefon/ telefony	+ 48 41 38 20 259									

Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	**Oddział Obserwacyjno- Zakaźny**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 3, 32-200 Miechów								S	
telefon/ telefony	+48 41-38 20 299, + 48 532 455 187									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpital Św. Anny w Miechowie**		x							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3									
telefon/ telefony:	+48 41 38 20 100									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Sądeckie Pogotowie Ratunkowe**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Śniadeckich 15, 33-300 Nowy Sącz									
telefon/ telefony:	+48 18 442 09 49									
identyfikator REGON	492007357									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Sądeckie Pogotowie Ratunkowe (2 zespołył transportu sanitarnego)**	**2**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Śniadeckich 15, 33-300 Nowy Sącz									
telefon/ telefony										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**PODHALAŃSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II W NOWYM TARGU**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 11.10.2020** **Poziom II od 12 października 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ									
telefon/ telefony:	+48 18 263 30 01									
identyfikator REGON	000308324									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**PODHALAŃSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II W NOWYM TARGU (1 zespół transportu sanitarnego)**	**1**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ									
telefon/ telefony										
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	

nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ							x		
telefon/ telefony	+48 18 263 32 00, + 48 18 263 32 03									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ								S	
telefon/ telefony	+48 18 263 31 26									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**PODHALAŃSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II W NOWYM TARGU**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ		X							
telefon/ telefony:	+48 18 263 30 01									
Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Pensjonat Moje Tatry**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Krajowe 20, 34-425 Biały Dunajec			X						
telefon/ telefony:	tel. +48 606 914 915									
Data dodania do wykazu	12.11.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu	14.12.2020 r.									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Małopolska Kolumna Transportu Sanitarnego w Tarnowie**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Chyszowska 10, 33-100 Tarnów									
telefon/ telefony:	+48 14 621 04 98									
identyfikator REGON	351555335									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Małopolska Kolumna Transportu Sanitarnego w Tarnowie (2 zespoły transportu sanitarnego)**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kopernika 19, 31-501 Kraków	2								
telefon/ telefony										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	

nazwa:	**Małopolska Kolumna Transportu Sanitarnego w Tarnowie (1 zespół transportu sanitarnego)**	**1**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Chyszowska 10, 33-100 Tarnów									
telefon/ telefony										
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Małopolska Kolumna Transportu Sanitarnego w Tarnowie (4 zespoły wymazowe)**								M ***	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Chyszowska 10, 33-100 Tarnów									
telefon/ telefony										
Data dodania do wykazu	01.11.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Krakowskie Pogotowie Ratunkowe**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. św. Łazarza 14, 31-530 Kraków									
telefon/ telefony:	+48 12 424 42 00									
identyfikator REGON	351564854									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Krakowskie Pogotowie Ratunkowe (2 zespoły transportu sanitarnego)**	**2**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. św. Łazarza 14, 31-530 Kraków									
telefon/ telefony										
Data dodania do wykazu	10.03.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu	30.11.2020 r.									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 4.10.2020** **Poziom II od 5 października 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa									
telefon/ telefony:	+48 18 330 17 00									
identyfikator REGON	000304378									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego (1 zespół transportu sanitarnego)**	**1**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa									
telefon/ telefony										

Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa							x		
telefon/ telefony	+48 18 330 17 00 wew. 845; 846; 858; 859									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa								S	
telefon/ telefony	tel. +48 536 544 595, +48 668 537 028									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa		x							
telefon/ telefony:	+48 18 330 17 00									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Armii Krajowej 18, 30-150 Kraków									
telefon/ telefony:	+48 12 629 89 00, +48 12 629 88 00									
identyfikator REGON	351618159									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA (1 zespół transportu sanitarnego)**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Armii Krajowej 5, 30-150 Kraków	1								
telefon/ telefony										
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Szpital Św. Rafała ul. Bochenka 12, 30-693 Kraków								S	
telefon/ telefony	+48 12 629 88 00									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	

nazwa:	**SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Izba Przyjęć - Szpital Św. Rafała ul. Bochenka 12, 30-693 Kraków							**X**		
telefon/ telefony	+48 12 629 88 00									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Armii Krajowej 5, 30-150 Kraków								**S**	
telefon/ telefony	+48 12 629 88 00									
Data dodania do wykazu	29.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Szpital Św. Rafała ul. Bochenka 12, 30-693 Kraków		X							**Poziom II od 30 października 2020 r. do 19 grudnia 2020 r.**
telefon/ telefony	+48 12 629 88 00									
Data dodania do wykazu	30.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu	20.12.2020 r.									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**OPC Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp. k.**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków 31 - 542, ul. Kordylewskiego 4									
telefon/ telefony:	+48 12 430 22 08, +48 12 378 49 04									
identyfikator REGON	121205547									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**OPC Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp. k. (2 zespoły transportu sanitarnego)**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków 31 - 535, ul. Gęsia 22a	**2**								
telefon/ telefony										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie SPZOZ**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3									**Poziom II od 4 października 2020 r.**
telefon/ telefony:	+48 12 63 08 301									
identyfikator REGON	351506868									

Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	**Poradnia stomatologiczna - świadczenia stomatologiczne doraźne dla pacjentów podejrzanych o zachorowanie na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2**					x				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3									
telefon/ telefony	+48 12 63 08 301									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Zakład analityki lekarskiej (laboratorium)**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3						X			
telefon/ telefony	+48 12 63 08 272									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3							X		
telefon/ telefony	+48 12 63 08 068									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Poradnia lekarza POZ**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3				X					
telefon/ telefony	+48 12 63 08 301									
Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie SPZOZ**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3		X							
telefon/ telefony	+48 12 63 08 301									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 11.10.2020** **Poziom II od 12 października 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-826 , os. Złotej Jesieni 1									
telefon/ telefony:	tel. +48 12 646 8 502									
identyfikator REGON	121188694									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-826 , os. Złotej Jesieni 1		X							
telefon/ telefony	tel. +48 12 64 68 291									

Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	**Pracownia Analityki**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-826 , os. Złotej Jesieni 1						X			
telefon/ telefony	tel. +48 12 64 68 603									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-826 , os. Złotej Jesieni 1							X		
telefon/ telefony	tel. +48 12 64 68 680; +48 12 64 68 274, 528; +48 12 64 68 800, 468									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Małopolskie Centrum Leczenia i Rehabilitacji Poparzeń oraz Chirurgii Plastycznej Oddział Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej (kod res. cz. VII 079)**		X							**poziom III - w okresie od 15.09.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-826 , os. Złotej Jesieni 1									
telefon/ telefony	tel. +48 12 64 68 291									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie**									**poziom I - w okresie od 15.09.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-663 , ul. Wielicka 265									
telefon/ telefony:	tel. +48 12 658 20 11									
identyfikator REGON	351375886									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-663 , ul. Wielicka 265		X							
telefon/ telefony	tel. +48 12 658 20 11									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-663 , ul. Wielicka 265							X		
telefon/ telefony	tel.+ 48 12 333 91 86, +48 12 658 13 84									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-663 , ul. Wielicka 265		X							**poziom III - w okresie od 15.09.2020 r.**
telefon/ telefony	tel. +48 12 658 20 11 wew. 1522 (Dyżurka lekarska) +48 12 658 20 11 wew. 1365 (Dyżurka pielęgniarska)									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**MG Lekarze Rodzinni Gruziel, Magdoń sp.p.**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	30-612 Kraków, ul. Przykopy 13									
telefon/ telefony:	tel. +48 607 370 036									
identyfikator REGON	122685199									

Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	30-612 Kraków, ul. Przykopy 13				x					
telefon/ telefony										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 11.10.2020** **Poziom II od 12 października 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków									
telefon/ telefony:	tel. +48 12 662 31 50									
identyfikator REGON	350995109									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Izba Przyjęć**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków							x		
telefon/ telefony	tel. +48 12 637 42 05									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków		x							
telefon/ telefony:	tel. +48 12 662 31 50									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 11.10.2020** **Poziom II od 12 października 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków									
telefon/ telefony:	tel. +48 12 68 76 200									
identyfikator REGON	351564179									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	

nazwa:	**Izba Przyjęć**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków							X		
telefon/ telefony	tel. +48 12 68 76 205									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków		X							
telefon/ telefony:	tel. +48 12 68 76 200									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Szpital Wojewódzki im.Św.Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 04.10.2020** **Poziom II od 5 października 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów									
telefon/ telefony:	tel. +48 14 631 50 00									
identyfikator REGON	850052740									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów							x		
telefon/ telefony	tel. +48 14 631 57 07, +48 14 631 51 11, + 48 14 631 56 38									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Dział Diagnostyki Laboratoryjnej**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów						X			
telefon/ telefony	tel. +48 14 631 58 51									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów								S	
telefon/ telefony	tel. +48 14 631 54 15									

Miejsce udzielania świadczeń 4		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	**Szpital Wojewódzki im.Św.Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów		X							
telefon/ telefony:	tel. +48 14 631 50 00									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie**									**poziom I - w okresie od 15.09.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Strzelecka 2, 31-503 Kraków									
telefon/ telefony:	tel. + 48 12 619 86 00									
identyfikator REGON	000298583									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Izba Przyjęć**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Strzelecka 2, 31-503 Kraków							x		
telefon/ telefony	tel. + 48 12 619 86 13 + 48 12 619 86 17									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Strzelecka 2, 31-503 Kraków		X							
telefon/ telefony:	tel. + 48 12 619 86 00									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań (wejście nr 2 Izba Przyjęć B)**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Strzelecka 2, 31-503 Kraków								**S**	
telefon/ telefony:	tel. + 48 12 619 86 13									
Data dodania do wykazu	16.10.2020 r.									

Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Izolatorioum prowadzone przez Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Best Western Premier Kraków Hotel, ul. Opolska 14a, 31-323 Kraków			**X**						
telefon/ telefony:										
Data dodania do wykazu	16.11.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu	04.01.2021 r.									
Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Izolatorioum prowadzone przez Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Best Western Efekt Express Hotel w Krakowie, ul. Opolska 14, 31-323 Kraków			**X**						
telefon/ telefony:										
Data dodania do wykazu	16.11.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu	04.01.2021 r.									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie**									**Poziom I - w okresie od 28.10.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Jarosława Dąbrowskiego 19, 34-120 Andrychów									
telefon/ telefony:	tel. +48 33 875 24 46									
identyfikator REGON	000805666									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Izba Przyjęć**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Jarosława Dąbrowskiego 19, 34-120 Andrychów							**X**		
telefon/ telefony	tel. +48 12 620-82-61									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Jarosława Dąbrowskiego 19, 34-120 Andrychów		**X**							

telefon/ telefony	tel. +48 33 875 24 46									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Leczenie psychiatryczne dla dorosłych**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Jarosława Dąbrowskiego 19, 34-120 Andrychów		**X**							**Poziom III- w okresie od 28.10.2020 r.**
telefon/ telefony	tel. +48 33 875 24 46									
Data dodania do wykazu	28.10.2020									
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul.Józefa Babińskiego 29, 30-393 Kraków									**Poziom I - w okresie od 27.10.2020 r.**
telefon/ telefony:	tel. +48 12 652 43 47									
identyfikator REGON	000805666									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Izba Przyjęć**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul.Józefa Babińskiego 29, 30-393 Kraków							**x**		
telefon/ telefony	tel. +48 012 652 42 87, +48 12 262 48 14									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul.Józefa Babińskiego 29, 30-393 Kraków		**x**							
telefon/ telefony	tel. +48 12 652 43 47									
Data dodania do wykazu	27.10.2020									
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Leczenie psychiatryczne dla dorosłych**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul.Józefa Babińskiego 29, 30-393 Kraków		**x**							**poziom III- w okresie od 27 października 2020 r.**
telefon/ telefony	tel. +48 12 652 43 47									
Data dodania do wykazu	27.10.2020									
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28		kategoria realizowanych świadczeń								
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital im.dr. Józefa Dietla w Krynicy- Zdroju**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 30.09.2020** **Poziom II od 1 października 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój									
telefon/ telefony:	tel. +48 18 47 32 400									
identyfikator REGON	000300587									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Izba Przyjęć**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój							**X**		
telefon/ telefony	tel. +48 18 47 32 400, +48 18 47 32 100									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań przy Medycznym Laboratorium Diagnostycznym**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój								**S**	
telefon/ telefony	tel. +48 505 668 356									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital im.dr. Józefa Dietla w Krynicy- Zdroju**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój		**x**							
telefon/ telefony:	tel. +48 18 47 32 400									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Mobilny Punkt Pobrań**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój								**M**	
telefon/ telefony	tel. +48 18 473 24 24									
Data dodania do wykazu	22.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**"Szpital tymczasowy"**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Świdzińskiego 4, 33-380 Krynica- Zdrój		**X**							**SZPITAL TYMCZASOWY**
telefon/ telefony	lekarz koordynujący: tel. +48 601 509 978									
Data dodania do wykazu	18.11.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu	7.02.2021 r.									

Miejsce udzielania świadczeń 6		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	**"Szpital pasywny"**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Świdzińskiego 4, 33-380 Krynica- Zdrój		X							SZPITAL PASYWNY
telefon/ telefony	lekarz koordynujący: tel. +48 601 509 978									
Data dodania do wykazu	8.02.2021 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 11.10.2020**
telefon/ telefony:	tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 153 51									**Poziom II od 12 października 2020 r.**
identyfikator REGON	000311510									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane							X		
telefon/ telefony	tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 160 15, +48 18 20 160 16									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane								S	
telefon/ telefony	tel. +48 18 20 120 21 wew. 100 lub 291									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane		x							
telefon/ telefony:	tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 153 51									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii (porody)**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane		X							**Poziom III od 6 listopada 2020 r.**
telefon/ telefony	tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 153 51									
Data dodania do wykazu	6 listopada 2020 r.									

Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane		**X**							**Poziom III od 6 listopada 2020 r.**
telefon/ telefony	tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 153 51									
Data dodania do wykazu	6 listopada 2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 6		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Świadczenia w zakresie kardiologii w tym leczenie ostrych zespołów wieńcowych (OZW)**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane		**X**							**Poziom III od 6 listopada 2020 r.**
telefon/ telefony	tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 153 51									
Data dodania do wykazu	6 listopada 2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 11.10.2020**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim									
telefon/ telefony:	tel. +48 33 842 37 42									**Poziom II od 12 października 2020 r.**
identyfikator REGON	000304409									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim							**X**		
telefon/ telefony	tel. +48 +48 33 8448 402 +48 33 8448 387, +48 33 8448 329									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu- punkt pobrań**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim								**S**	
telefon/ telefony	tel. +48 798 909 160									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	

nazwa:	**Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim		x							
telefon/ telefony:	tel. +48 33 842 37 42									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 04.10.2020** **Poziom II od 5 października 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Karmelicka 5, 34-100 Wadowice									
telefon/ telefony:	tel. +48 33 87 21 200, +48 33 87 21 280									
identyfikator REGON	000306466									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy z Centralną Izbą Przyjęć**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Karmelicka 5, 34-100 Wadowice							x		
telefon/ telefony	tel. +48 33 87 21 200 wew. 401,402,403									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt pobrań**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Karmelicka 7, 34-100 Wadowice								S	
telefon/ telefony	tel. +48 33 87 21 200 wew. 401, +48 690 108 899, +48 571 324 953									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Karmelicka 5, 34-100 Wadowice		x							
telefon/ telefony:	tel. +48 33 87 21 200, +48 33 87 21 280									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt pobrań**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Karmelicka 12, 34-100 Wadowice (Pawilon AB)								S	
telefon/ telefony	tel. +48 33 87 21 200 wew. 401, +48 690 108 899, +48 571 324 953									
Data dodania do wykazu	19.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej**									**Poziom I - w okresie**

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka									od 15.09.2020 r. do 11.10.2020 Poziom II od 12 października 2020 r.
telefon/ telefony:	tel. +48 33 872 31 00									
identyfikator REGON	000304415									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka							x		
telefon/ telefony	tel. +48 33 872 33 67, +48 33 872 33 77, +48 33 872 32 61, +48 33 872 33 78, +									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka						X			
telefon/ telefony	tel. +48 33 87 23 276									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka								S	
telefon/ telefony	tel. +48 501 188 292									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka		x							
telefon/ telefony:	tel. +48 33 872 31 00									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Szpital Powiatowy w Chrzanowie**									**Poziom I - w okresie** **od 15.09.2020 r.** **do 11.10.2020** **Poziom II** **od 12 października 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów									
telefon/ telefony:	tel. +48 18 47 32 400									
identyfikator REGON	000310108									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów							x		
telefon/ telefony	tel. +48 32 624 - 70 - 08, + 48 32 624 - 74 - 95									

Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	**Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów						x			
telefon/ telefony	tel. + 48 32 624 74 49									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów								S	
telefon/ telefony	tel. + 48 32 624 74 48									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpital Powiatowy w Chrzanowie**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów		x							
telefon/ telefony:	tel. +48 18 47 32 400									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34		kategoria realizowanych świadczeń								
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 8.10.2020** **Poziom II od 9 października 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko									
telefon/ telefony:	tel. +48 14 662 10 00									
identyfikator REGON	000304355									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko							x		
telefon/ telefony	tel. +48 14 66 21 165, +48 14 66 21 285, +48 14 66 21 166									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko								S	
telefon/ telefony	tel. +48 14 66 21 166									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	

nazwa:	**Laboratorium mikrobiologii i immunodiagnostyki chorób zakaźnych**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko						x			
telefon/ telefony	tel. +48 14 66 21 225 lub +48 14 66 21 330 lub +48 14 66 21 227									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko		x							
telefon/ telefony:	tel. +48 14 662 10 00									
Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko	**1**								
telefon/ telefony:	tel. +48 14 66 21 166									
Data dodania do wykazu	12.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 11.10.2020** **Poziom II od 12 października 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice									
telefon/ telefony:	tel. +48 18 35 -53-200									
identyfikator REGON	000308614									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice							x		
telefon/ telefony	tel. +48 18 35-53-505, +48 18 35-53-501									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach, punkt pobrań**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice								S	
telefon/ telefony	tel. +48 18 35 53 504, +48 797 316 695									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	

nazwa:	**Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice		x							
telefon/ telefony:	tel. +48 18 35 -53-200									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice						**x**			
telefon/ telefony:	tel. +48 18 35 -53-327, +48 18 35 -53-328									
Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Leczenie psychiatryczne dla dorosłych**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice		**X**							**Poziom III- w okresie od 26.10.2020 r.**
telefon/ telefony	tel. +48 18 35 -53-200									
Data dodania do wykazu	26.10.2020									
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 8.10.2020** **Poziom II od 9 października 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia									
telefon/ telefony:	tel. +48 14 61 53 400									
identyfikator REGON	000304349									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia							**x**		
telefon/ telefony	tel. +48 14 61 53 262, +48 14 61 53 302									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań przy Szpitalnym Oddziale Ratunkowym**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia								**S**	
telefon/ telefony	tel. +48 662 021 204									

Miejsce udzielania świadczeń 3		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia		x							
telefon/ telefony:	tel. +48 14 61 53 400									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Oddział Położniczo – Ginekologiczny**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia		x							**Poziom III od 22 października 2020 r.**
telefon/ telefony:	tel. +48 14 61 53 400									
Data dodania do wykazu	22.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 11.10.2020** **Poziom II od 12 października 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków									
telefon/ telefony:	tel. +48 12 416 22 66, +48 12 633 01 00									
identyfikator REGON	357207664									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków							**x**		
telefon/ telefony	tel. +48 12 25 78 280, +48 12 25 78 472									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków		x							
telefon/ telefony:	tel. +48 12 416 22 66, +48 12 633 01 00									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**CM UNIMED sp. z o.o**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-131, ul.Młodej Polski 7									
telefon/ telefony:	+48 12 415 81 12									
identyfikator REGON	357197049									

Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-131, ul.Młodej Polski 7				x					
telefon/ telefony	+48 12 415 81 12									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Karolina Werchowiecka- Pardygał i Tomasz Pardygał Spółka Jawna**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-698, ul. Rymanowska 7									
telefon/ telefony:	+48 12 399 49 60;									
identyfikator REGON	368801261									
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-394, ul. Skotnicka 230A				x					
telefon/ telefony	+48 12 399 49 60;									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**STOMATOLOGIA EL-DENT**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żegocina, 32-731 , Żegocina 232									
telefon/ telefony:	+48 604 218 963									
identyfikator REGON	851807270									
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	Poradnia stomatologiczna									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żegocina, 32-731 , Żegocina 232				x					
telefon/ telefony	+48 604 218 963									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**„Szpital Miejski w Rabce-Zdroju" Sp. z o.o.**									**Poziom II - w okresie od 30 października 2020 r. do 31 grudnia 2020 r. Poziom I - w okresie od 1 stycznia 2021 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Słoneczna 3, 34-700 Rabka-Zdrój									
telefon/ telefony:	tel. +48 18 26 77 001									
identyfikator REGON	120480323									
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	**Izba Przyjęć**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Słoneczna 3, 34-700 Rabka-Zdrój							x		
telefon/ telefony	tel. +48 18 26 85 735, +48 18 26 85 721, +48 18 26 85 771									
Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	**„Szpital Miejski w Rabce-Zdroju" Sp. z o.o.**									

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Słoneczna 3, 34-700 Rabka-Zdrój		x							
telefon/ telefony	tel. +48 18 26 77 001									
Data dodania do wykazu	30.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**NZOZ KRAK-MEDYK Sp. z o.o .**									
	Kraków, 31-455, ul Ułanów 29									
telefon/ telefony:	+48 508 299 646									
identyfikator REGON	357111728									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wrząsowice, 32-040, ul. Brzegi 99				x					
telefon/ telefony	+48 12 346 18 07									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Familia Medicina Spółka z o.o**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Iwanowice Włościańskie, 32-095, Iwanowice Włościańskie 159									
telefon/ telefony:	+48 696 290 621									
identyfikator REGON	123227990									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Przybysławice, 32-046, Przybysławice 78				x					
telefon/ telefony	+48 604 503 149									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej REMED Jarosław Zachara**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Borzęcin, 32-825, Borzęcin 87B									
telefon/ telefony:	+48 605 101 205									
identyfikator REGON	850509056									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Borzęcin, 32-825, Borzęcin 87B				x					
telefon/ telefony	14 684 60 09									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łapsze Niżne, 34-422, ul. Długa 169									
telefon/ telefony:	+48 887 234 036									
identyfikator REGON	490529927									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej									

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łapsze Niżne, 34-422, ul. Długa 169				x					
telefon/ telefony	18 265 93 98									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	Włodzimierz Miniewicz MW-med									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-416, ul. Dobrego Pasterza 207A									
telefon/ telefony:	12 292 71 71									
identyfikator REGON	290133495									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	Poradnia okulistyczna									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-416, ul. Dobrego Pasterza 207A				x					
telefon/ telefony	12 292 71 71									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno - Zabiegowe MEDICINA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-559 , ul. Stefana Rogozińskiego 5									
telefon/ telefony:	12 345 70 01									
identyfikator REGON	8397907									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	Poradnia lekarza poz									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-559 , ul. Grzegórzecka 67C				x					
telefon/ telefony	12 345 70 01									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Specjalmed Sp. z o.o.**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Zarabie 35 c, 32-410 Dobczyce									
telefon/ telefony:	tel.: + 48 512 295 412									
identyfikator REGON	120778092									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	Poradnia lekarza poz									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dobczyce, 32-410, ul. Zarabie 35C				x					
telefon/ telefony	12 271 009 00									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Zarabie 35 c, 32-410 Dobczyce								S	
telefon/ telefony	tel.: + 48 510 090 854									

Data dodania do wykazu	17.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prof. M. Życzkwskiego 16, 31-864 Kraków									
telefon/ telefony:	+ 48 799 399 361									
identyfikator REGON	356366975									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt mobilny Drive Thru**								**S**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Stanisława Lema 8, 31- 571 Kraków									
telefon/ telefony	+ 48 799 399 361									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**								**S**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Krakowska 285, 32-420 Gdów									
telefon/ telefony	+ 48 799 399 361									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**								**S**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kopernika 8, 31-034 Kraków									
telefon/ telefony	+ 48 799 399 361									
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**								**S**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kolbego 38, 34-730 Mszana Dolna									
telefon/ telefony	+ 48 799 399 361									
Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**								**S**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	al. Kijowska 12, 33-332 Kraków									
telefon/ telefony	+ 48 799 399 361									
Data dodania do wykazu	23.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu	04.11.2020 r.									

Miejsce udzielania świadczeń 6		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	**Punkt Pobrań**								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Al. 29 listopada 178, 31-236 Kraków									
telefon/ telefony	+ 48 799 399 361									
Data dodania do wykazu	23.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu	04.11.2020 r.									
Miejsce udzielania świadczeń 7		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	**Punkt mobilny Drive Thru (Stadion Hutnika)**								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Ptaszyckiego 4, 31-979 Kraków									
telefon/ telefony	+ 48 799 399 361									
Data dodania do wykazu	04.11.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50		kategoria realizowanych świadczeń								
nazwa:	**Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc**									**poziom I - w okresie od 15.09.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prof. Jana Rudnika 3b, 34-700 Rabka Zdrój									
telefon/ telefony:	+48 18 267 60 60									
identyfikator REGON	000288490-000-20									
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prof. Jana Rudnika 3b, 34-700 Rabka Zdrój						X			
telefon/ telefony	+48 18 267 60 60 wew. 346 lub 357									
Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	**Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i	ul. Prof. Jana Rudnika 3b, 34-700 Rabka Zdrój		X							
telefon/ telefony:	+48 18 267 60 60									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51		kategoria realizowanych świadczeń								
nazwa:	**Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o.**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 1, 33-170 Tuchów									
telefon/ telefony:	tel. +48 14 65 35 101									
identyfikator REGON	120446616									
Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	Punkt Pobrań								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 1, 33-170 Tuchów									
telefon/ telefony	tel.+ 48 575 546 730									

Miejsce udzielania świadczeń 2		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	Punkt Pobrań								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wierzchosławice 39 b, 33-122 Wierzchosławice									
telefon/ telefony	tel.+ 48 533 329 535									
Data dodania do wykazu	20.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Małopolski Szpital Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 1.11.2020 Poziom II od 2 .11.2020 r. do 12.11. 2020 r. Poziom I - w okresie od 13.11.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kolejowa 1a, 32-310 Jaroszowiec									
telefon/ telefony:	tel. +48 32 642 80 90									
identyfikator REGON	000294214									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Małopolski Szpital Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły**		x							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kolejowa 1a, 32-310 Jaroszowiec									
telefon/ telefony	tel. +48 32 642 80 90									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Szpital Specjalistyczny Chorób Płuc "Odrodzenie" im. Klary Jelskiej**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 30.11.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Gładkie 1, 34-500 Zakopane									
telefon/ telefony:	tel: +48 18 20 016 26, +48 18 20 016 36, +48 18 20 150 45									
identyfikator REGON	000295171									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpital Specjalistyczny Chorób Płuc "Odrodzenie" im. Klary Jelskiej**		x							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Gładkie 1, 34-500 Zakopane									
telefon/ telefony	tel: +48 18 20 016 26, +48 18 20 016 36, +48 18 20 150 45									
Data dodania do wykazu	15.09.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu	1.12.2020 r.									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjnemu w Zakopanem**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 8.11.2020** **Poziom II od 9.11.2020 r. do 22.11.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Oswalda Balzera 15, 34-500 Zakopane									
telefon/ telefony:	tel.:+48 18 20 120 61									
identyfikator REGON	000296377									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjnemu w Zakopanem**		x							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Oswalda Balzera 15, 34-500 Zakopane									
telefon/ telefony	tel.:+48 18 20 120 61									
Data dodania do wykazu	15.09.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu	22.11.2020 r.									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Krakowie**									**poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 9.12.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Garncarska 11, 31-115 Kraków									
telefon/ telefony:	tel. +48 12 634 80 00									
identyfikator REGON	000288366									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Krakowie**		x							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Garncarska 11, 31-115 Kraków									
telefon/ telefony	tel. +48 12 634 80 00									
Data dodania do wykazu	15.09.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu	9.12.2020 r.									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**Krzysztof Ślusarczyk Liberandum Ratownictwo Medyczne**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Merkuriusza Polskiego 35, 30-698 Kraków									
telefon/ telefony:	tel. +48 12 312 09 09									

identyfikator REGON	362480815									
Miejsce udzielania świadczeń 1*		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Krzysztof Ślusarczyk Liberandum Ratownictwo Medyczne**	**4**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Złocieniowa 20, 30-898 Kraków									
telefon/ telefony	tel. +48 500 488 338; +48 12 312 09 09									
Data dodania do wykazu	12.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu	17.12.2020 r.									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań- Drive Thru**								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kościuszki 15, 32-020 Wieliczka									
telefon/ telefony	tel. +48 12 381 82 09									
Data dodania do wykazu	11.11.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**VITO - MED. Sp. z o.o.**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Radiowa 2, 44-100 Gliwice									
telefon/ telefony:	tel. +48 32 302-98-00, +48 32 302-98-10									
identyfikator REGON	240133028									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Legionów Polskich 2, 32-065 Krzeszowice									
telefon/ telefony	tel. + 48 793 600 112									
Data dodania do wykazu	16.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt pobrań- Drive-thru**								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków									
telefon/ telefony	tel. + 48 793 600 112									

Data dodania do wykazu	19.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt pobrań- Drive-thru**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Westerplatte 27, 33-100 Tarnów								S	
telefon/ telefony	tel. + 48 793 600 112									
Data dodania do wykazu	21.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt pobrań- Drive-thru**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Władysława Sikorskiego 24, 32-050 Skawina (Parking Przy stadionie Miejskim)								S	
telefon/ telefony	tel. + 48 793 600 112									
Data dodania do wykazu	26.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt pobrań**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	al. Jana Pawła II 39, 31-864 Kraków (punkt zlokalizowany na terenie parku obok Muzeum Lotnictwa Polskiego, wjazd od ul. Markowskiego przed gmachem Muzeum w lewo ul. Gnysia, następnie w prawo do punktu)								S	
telefon/ telefony	tel. + 48 793 600 112									
Data dodania do wykazu	26.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 6		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt pobrań**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Alberta Schweitzera 7, 30- 695 Kraków								S	
telefon/ telefony	tel. + 48 793 600 112									
Data dodania do wykazu	28.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 7		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	

nazwa:	**Punkt pobrań- Drive-thru**								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Nadbrzeżna 36, 33-300 Nowy Sącz (za Halą Widowiskowo - Sportową)									
telefon/ telefony	tel. + 48 793 600 112									
Data dodania do wykazu	27.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 8		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt pobrań (punkt zlokalizowany w budynku Park Hotel)**								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Olkuska 6, 32-085 Szyce									
telefon/ telefony	tel.: +48 793 600 112									
Data dodania do wykazu	9.11.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Gyncentrum Sp. z o.o.**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Żelazna 1, 40-851 Katowice									
telefon/ telefony:	tel. +48 32 359 09 32, +48 32 359 09 33									
identyfikator REGON	383762894									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań GynCentrum Drive-thru KRAKÓW**								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. W. E. Radzikowskiego, 31-342 Kraków									
telefon/ telefony	tel. +48 32 506 50 86									
Data dodania do wykazu	22.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. Prof. Bogusława Frańczuka w Krakowie**									**poziom II - w okresie od 21.10.2020 r. do 30.11.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Al. Modrzewiowa 22, 30-224 Kraków									
telefon/ telefony:	tel. +48 12 42 87 304									
identyfikator REGON	351194736									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	

nazwa:	**Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. Prof. Bogusława Frańczuka w Krakowie**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Al. Modrzewiowa 22, 30-224 Kraków		x							
telefon/ telefony	tel. +48 12 42 87 304									
Data dodania do wykazu	21.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu	1.12.2020 r.									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Fresenius Nephrocare Polska Sp. z o.o**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Krzywa 13, 60-118 Poznań									
telefon/ telefony:	tel.: +48 61 839 26 00									
identyfikator REGON	634254014									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	Centrum Dializ Fresenius									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków		x							**poziom II - w okresie od 15.10.2020 r.**
telefon/ telefony										
Data dodania do wykazu	15.10.2020									
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	Centrum Dializ Fresenius									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice		x							**poziom II - w okresie od 15.10.2020 r.**
telefon/ telefony										
Data dodania do wykazu	15.10.2020									
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Centrum Ratownictwa Medycznego i Pomocy Doraźnej - Emergency24 Sp. z o.o.**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Zakarczmie 32, 30-499 Kraków									
telefon/ telefony:	tel.: +48 730 112 999, +48 22 11 89 897									
identyfikator REGON	362189451									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	Mobilny zespół wymazowy- 3 zespoły									

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Zakarczmie 32, 30-499 Kraków								M	
telefon/ telefony	tel.: +48 730 112 999									
Data dodania do wykazu	24.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	Transport sanitarny - 2 zespoły	**2**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	1 zespół- ul. Przyjaźni 78a, 32-500 Balin 1 zespół- ul. Lotników 1, 34- 400 Nowy Targ									
telefon/ telefony	tel.: +48 730 112 999									
Data dodania do wykazu	09.11.2020									
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Pro4Med Sp. z o.o.**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Gliwicka 35, 42-600 Tarnowskie Góry									
telefon/ telefony:	tel.: +48 32 700 70 70, + 48 32 320 61 90									
identyfikator REGON	241740492									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	Punkt Pobrań (Parking przy Kościele św. Barbary)								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Ks. Stanisława Pieli 11, 32-590 Libiąż									
telefon/ telefony	tel.: +48 730 780 796									
Data dodania do wykazu	23.10.2020									
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**ALFA sp.z.o.o. sp.k**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Reymonta 21, 33-380 Krynica Zdrój									
telefon/ telefony:	tel.: +48 696 635 726									
identyfikator REGON	120540456									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Nawojowska 29/1/U, 33-300 Nowy Sącz									
telefon/ telefony	tel.: +48 792 091 591									
Data dodania do wykazu	24.10.2020									

Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań (budynek przychodni ALFA)**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Klęczany 182, 33-394 Klęczany								S	
telefon/ telefony	tel.: +48 792 091 591									
Data dodania do wykazu	09.11.2020									
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Jana Kremskiego 79, 31-859 Kraków								S	
telefon/ telefony	tel.: +48 792 091 591									
Data dodania do wykazu	14.11.2020									
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Stowarzyszenie Malta Służba Medyczna**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Totus Tuus 34, 30-443 Kraków									
telefon/ telefony:	tel.: +48 723 118 118									
identyfikator REGON	356712070									
Miejsce udzielania świadczeń 1*		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	Stowarzyszenie Malta Służba Medyczna (2 zespołł transportu sanitarnego)									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Aleksandry 1, 33-332 Kraków	**2**								
telefon/ telefony	tel.: +48 723 121 121									
Data dodania do wykazu	28.10.2020									
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Centrum Medyczne "KOL- MED" samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w Tarnowie**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Plac Dworcowy 6, 33- 100 Tarnów									
telefon/ telefony:	tel. +48 14 688 60 11									
identyfikator REGON	10649508									

Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	**Punkt Pobrań**								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Plac Dworcowy 6, 33- 100 Tarnów (budynek B)									
telefon/ telefony	tel. +48 531 415 498									
Data dodania do wykazu	02.11.2020									
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr. S. Jasińskiego w Zakopanem**									**Poziom II - w okresie od 02.11.2020 r. do 05.11.2020r. Poziom I - w okresie od 06.11.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Ciągłówka 9, 34-500 Zakopane									
telefon/ telefony:	tel.: +48 18 202 68 10									
identyfikator REGON	000295449									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr. S. Jasińskiego w Zakopanem		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Ciągłówka 9, 34-500 Zakopane									
telefon/ telefony	tel.: +48 18 202 68 10									
Data dodania do wykazu	02.11.2020									
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrowiskowe MSWiA w Krynicy-Zdroju im. bł. Karoliny Kózkówny**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Nitribitta 4, 33-380 Krynica Zdrój									
telefon/ telefony:	tel.: +48 18 471 28 51, +48 18 471 28 53									
identyfikator REGON	490688502									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Izolatorium**			X						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Nitribitta 4, 33-380 Krynica Zdrój									
telefon/ telefony	tel.: +48 18 471 28 51, +48 18 471 28 53									
Data dodania do wykazu	03.11.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu	04.01.2021 r.									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**Medikor III spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Ujastek 3, 31-752 Kraków									
telefon/ telefony:	tel.: +48 18 44 37 287									
identyfikator REGON	120575874									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpital Położniczo-Ginekologicznym MEDIKOR świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Rzemieślnicza 5, 33-300 Nowy Sącz		**X**							**Poziom III - w okresie od 03.11.2020 r.**
telefon/ telefony	tel. +48 18 473 13 80									
Data dodania do wykazu	03.11.2020									
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o. o.**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Trynitarska 11, 31-061 Kraków									**Poziom II od 3 paźddziernika 2020 r. do 18 grudnia 2020 r.**
telefon/ telefony:	tel. +48 12 379 71 00									
identyfikator REGON	121065900									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o. o.**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Trynitarska 11, 31-061 Kraków		**X**							
telefon/ telefony	tel. +48 12 379 71 00									
Data dodania do wykazu	30.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu	19.12.2020 r.									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**Centrum Medyczne Ujastek spółka z o.o.**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Ujastek 3, 31-752 Kraków									**Poziom III od 2 listopada 2020 r.**
telefon/ telefony:	tel. + 48 12 683 38 44									
identyfikator REGON	350887420									

Miejsce udzielania świadczeń 1		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	**Szpital Położniczo- Ginekologiczny "Ujastek"**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Ujastek 3, 31-752 Kraków		X							
telefon/ telefony	tel. + 48 12 683 38 44									
Data dodania do wykazu	02.11.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**Uzdrowisko Rabka S.A.**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Orkana 49, 34-700 Rabka Zdrój									
telefon/ telefony:	+48 18 26 77 246									
identyfikator REGON	491971074									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Szpital Uzdrowiskowy "Olszówka " -Pawilon A**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Słowackiego 8, 34-700 Rabka- Zdrój			X						
telefon/ telefony	tel. +48 18 26 92 634 (będzie czynna całą dobę), recepcja + 48 18 26 92 642 (czynna 8 godz)									
Data dodania do wykazu	16.11.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu	14.12.2020 r.									
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Willa Świt**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Brzozowa 1, 34-700 Rabka- Zdrój			X						
telefon/ telefony	tel. +48 728 428 783, (będzie czynna całą dobę) recepcja +48 18 26 76 663 (czynna 8 godz)									
Data dodania do wykazu	16.11.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu	14.12.2020 r.									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Sanatorium Jagiellonka**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Brzozowa 6, 34-700 Rabka- Zdrój			X						
telefon/ telefony	tel. +48 18 26 92 732 (będzie czynna całą dobę), +48 18 26 76 333 (czynna 8 godz)									

Data dodania do wykazu	16.11.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu	14.12.2020 r.									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Mateusz Sobczak FUH Diagnoza**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Diamentowa 8/22, 43 - 600 Jaworzno									
telefon/ telefony:										
identyfikator REGON	241840124									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań (Parking przy Ośrodku Sportu i Rekreacji)**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kolna 2, 30-381 Kraków								S	
telefon/ telefony	tel. +48 511 260 682									
Data dodania do wykazu	12.11.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań (plac targowy)**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kazimierza Wielkiego, 32- 400 Myślenice								S	
telefon/ telefony	tel. +48 511 260 682									
Data dodania do wykazu	12.11.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**CONCRETE Damian Bocian**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kaczeńcowa 250/2, 43-384, Jaworze									
telefon/ telefony:										
identyfikator REGON	367244893									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań Drive Thru (parking naprzeciwko Basenu)**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	al. Adama Wietrznego 5, 34-120 Andrychów								S	
telefon/ telefony	tel. +48 660 146 194									

Data dodania do wykazu	13.11.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**RENI-MED Łąckie Centrum Medyczne Teresa Janczura**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łącko 53, 33-390 Łącko									
telefon/ telefony:	tel.: +48 511 518 485									
identyfikator REGON	120916938									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łącko 53, 33-390 Łącko								S	
telefon/ telefony	tel.: +48 511 518 485									
Data dodania do wykazu	23.11.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										

1. W związku z decyzją Wojewody Małopolskiego z dnia 14 maja 2020 roku nr 4/2020 (wydaną w przedmiocie uchylenia polecenia nr 30/2020 Wojewody Małopolskiego z dnia 9 kwietnia 2020 r. znak: WN.II.0121.16.2020 w sprawie utworzenia izolatorium w oparciu o zabudowane nieruchomości Uzdrowiska Krynica-Żegiestów S.A. – Nowego Domu Zdrojowego, ul. Nowotarskiego 9/4 w Krynicy Zdroju skierowanego do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej im. dr. Józefa Dietla w Krynicy Zdroju ul. Kraszewskiego 142, zmienionego poleceniem nr 44/2020 z dnia 17 kwietnia 2020 r. znak: WN.II.0121.24.2020), doręczoną w dniu 14.05.2020 r. co skutkuje zaprzestaniem funkcjonowania ww. izolatorium od 15.05.2020 r., dokonano wykreślenia z Wykazu COVID tej pozycji (tego izolatorium) z mocą od 15.05.2020 r.
2. W związku z decyzją Wojewody Małopolskiego z dnia 14 maja 2020 roku nr 5/2020 (wydaną w przedmiocie uchylenia polecenia nr 31/2020 Wojewody Małopolskiego z dnia 9 kwietnia 2020 r. znak: WN.II.0121.17.2020 w sprawie utworzenia izolatorium w oparciu o zabudowaną nieruchomość SP ZOZ Sanatorium Uzdrowiskowego MSWiA w Krynicy Zdroju im. bł. Karoliny Kózkówny położoną w Krynicy-Zdroju przy ul. Nitribitta 4, skierowanego do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej im. dr. Józefa Dietla w Krynicy Zdroju ul. Kraszewskiego 142, zmienionego poleceniem nr 45/2020 z dnia 17 kwietnia 2020 r. znak: WN.II.0121.25.2020), doręczoną w dniu 15.05.2020 r. co skutkuje zaprzestaniem funkcjonowania ww. izolatorium od 16.05.2020 r., dokonano wykreślenia z Wykazu COVID tej pozycji (tego izolatorium) z mocą od 16.05.2020 r.
3. W związku z decyzją Wojewody Małopolskiego z dnia 19 maja 2020 roku nr 6/2020 (wydaną w przedmiocie uchylenia polecenia nr 32/2020 Wojewody Małopolskiego z dnia 9 kwietnia 2020 r. znak: znak: WN-II.0121.18.2020, w sprawie utworzenia izolatorium w oparciu o zabudowaną nieruchomość położoną w Krakowie przy al. 29 Listopada 189 kierowane do Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o. os. Złotej Jesieni 1 , doręczoną w dniu 19.05.2020 r. co skutkuje zaprzestaniem funkcjonowania ww. izolatorium od 20.05.2020 r., dokonano wykreślenia z Wykazu COVID tej pozycji (tego izolatorium) z mocą od 20.05.2020 r.
4. W związku z decyzją Wojewody Małopolskiego z dnia 19 maja 2020 roku nr 7/2020 (wydaną w przedmiocie uchylenia polecenia nr 33/2020 Wojewody Małopolskiego z dnia 10 kwietnia 2020 r. znak: znak: znak: WN-II.0121.19.2020, w sprawie utworzenia izolatorium w oparciu o zabudowaną nieruchomość położoną w Krakowie przy ul. Bolesława Śmiałego 60 kierowane do Szpitala Specjalistycznego im. J. Dietla w Krakowie, doręczoną w dniu 19.05.2020 r. co skutkuje zaprzestaniem funkcjonowania ww. izolatorium od 20.05.2020 r., dokonano wykreślenia z Wykazu COVID tej pozycji (tego izolatorium) z mocą od 20.05.2020 r.
5. W związku z decyzją Wojewody Małopolskiego z dnia 26 maja 2020 roku nr 11/2020 (wydaną w przedmiocie uchylenia polecenia nr 24/2020 Wojewody Małopolskiego z dnia 4 kwietnia 2020 r. znak: znak: znak: WN-IV.0121.12.2020, w sprawie utworzenia izolatorium w oparciu o zabudowaną nieruchomość położoną w Krakowie przy ul. Stanisława Klimeckiego 24 kierowane do Szpitala im. S. Żeromskiego w Krakowie, doręczoną w dniu 26.05.2020 r. co skutkuje zaprzestaniem funkcjonowania ww. izolatorium od 27.05.2020 r., dokonano wykreślenia z Wykazu COVID tej pozycji (tego izolatorium) z mocą od 27.05.2020 r.
6. Usunięcie z wykazu Powiatowej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Tarnowie w kategorii „transport sanitarny", z mocą od 29.05.2020 r.
7. Redukcji liczby zespołów transportu sanitarnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sądeckiego Pogotowia Ratunkowego wykazanych w ww. wykazie (z 2 do 1), w kategorii „transport sanitarny", z mocą od 29.05.2020 r.
8. Usunięcie z wykazu SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA IM. E. SZCZEKLIKA W TARNOWIE w kategorii „leczenie", z mocą od 01.06.2020 r.
9. Usunięcie z wykazu Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Krakowie w kategorii „leczenie", z mocą od 01.06.2020 r.
10. Usunięcie z wykazu Nowego Szpitala w Olkuszu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w kategorii „leczenie", z mocą od 01.06.2020 r.
11. Usunięcie z wykazu Szpitala Św. Anny w Miechowie w kategorii „leczenie", z mocą od 01.06.2020 r.
12. Usunięcie z wykazu SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ W PROSZOWICACH w kategorii „leczenie", z mocą od 01.06.2020 r.
13. Zgodnie z treścią decyzji Wojewody Małopolskiego z dnia 2 czerwca 2020 roku nr 12/2020 (polecenie 63/2020) - zmiany ze skutkiem od dnia 1.06.2020 r. , decyzji Wojewody Małopolskiego z dnia 12 czerwca 2020 r. nr 15/2020 (polecenie 68/2020) - zmiany ze skutkiem od dnia 13.06.2020 r., decyzji Wojewody Małopolskiego z dnia 17 lipca 2020 r. nr 30/2020 (polecenie 92/2020) - zmiany ze skutkiem od dnia 18.07.2020 r., decyzji Wojewody Małopolskiego z dnia 22 lipca 2020 r. nr 32/2020 (polecenie 96/2020) - zmiany ze skutkiem od dnia 21.07.2020 r., decyzji Wojewody Małopolskiego z dnia 27 lipca 2020 r. nr 35/2020 (polecenie 99/2020) - zmiany ze skutkiem od dnia 27.07.2020 **r**., decyzji Wojewody Małopolskiego z dnia 30 lipca 2020 r. nr 38/2020 (polecenie 104/2020) - zmiany ze skutkiem od dnia 29.07.2020 r., decyzja Wojewody Małopolskiego nr 39/2020 z dnia 7 sierpnia 2020 r. (Polecenie 105/2020) zmiany ze skutkiem od dnia 8 sierpnia 2020 r, decyzja Wojewody Małopolskiego nr 40/2020 z dnia 10 sierpnia 2020 r. (Polecenie 106/2020) zmiany ze skutkiem od dnia 11 sierpnia 2020 r, decyzja Wojewody Małopolskiego nr 43/2020 z dnia 13 sierpnia 2020 r. (Polecenie Wojewody 113/2020) zmiany ze skutkiem od dnia 13 sierpnia 2020 r, decyzja Wojewody Małopolskiego nr 46/2020 z dnia 18 sierpnia 2020 r. (Polecenie Wojewody 116/2020), zmiany ze skutkiem od dnia 17 sierpnia 2020 r., decyzja Wojewody Małopolskiego nr 52/2020 z dnia 3 września 2020 r. (Polecenie Wojewody 128/2020) zmiany ze skutkiem od dnia 3 września 2020 r. oraz decyzje Wojewody Małopolskiego nr 62/2020 z dnia 14 września 2020 r. (Polecenie Wojewody 138/2020) i 63/2020 z dnia 14 września 2020 r. (Polecenie Wojewody 139/2020) zmiany ze skutkiem od dnia 14 września 2020, Decyzja 61/2020 (Polecenie 137/2020) oraz Decyzją Wojewody Małopolskiego Nr 109/2020 (Polecenie 185/2020) z dnia 9 października 2020 r. zmiany ze skutkiem od dnia 12 października 2020 r. wydanych na podstawie art. 11 ust. 1 i 4

ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 374, 567, 568, 695 i 875), skierowanych do Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

14. Usunięcie z wykazu z ograniczoną odpowiedzialnością Szpitala Wojewódzkiego im. Św. Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie w kategorii „punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2", z mocą od 20.07.2020 r.

15. W związku z decyzją Wojewody Małopolskiego z dnia 29 czerwca 2020 roku nr 24/2020 (wydaną w przedmiocie uchylenia polecenia nr 18/2020 Wojewody Małopolskiego z dnia 31 marca 2020 r. znak: WNII.0121.10.2020, w sprawie utworzenia izolatorium w oparciu o nieruchomość położoną w Krakowie przy ul. Westerplatte 15 (Hotel Wyspiański) kierowanego do Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II przy ul. Prądnickiej 80 w Krakowie) oraz decyzją Wojewody Małopolskiego z dnia 29 czerwca 2020 roku nr 25/2020 co skutkuje zaprzestaniem funkcjonowania ww. izolatorium od 6.07.2020 r., dokonano wykreślenia z Wykazu COVID tej pozycji (tego izolatorium) z mocą od 6.07.2020 r. Zgodnie z decyzją Wojewody Małopolskiego 25/2020 (Polecenie 81/2020) z dniem 6 lipca 2020 r. zmianie uległa lokalizacja Izolatorium kierowanego przez Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II przy ul. Prądnickiej 80 w Krakowie z ul. Westerplatte 15, 33-332 Kraków na ul. Świętej Gertrudy 26, 31-048 Kraków.

16. W związku z decyzją Wojewody Małopolskiego z dnia 28 lipca 2020 roku nr 36/2020 (wydaną w przedmiocie uchylenia polecenia nr 25/2020 Wojewody Małopolskiego z dnia 29 czerwca 2020 r. znak: WNII.0121.55.2020, w sprawie utworzenia izolatorium w oparciu o nieruchomość położoną w Krakowie przy ul. Św. Gertrudy 26, 31-048 Kraków (Hotel Royal) kierowanego do Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II przy ul. Prądnickiej 80 w Krakowie) co skutkuje zaprzestaniem funkcjonowania ww. izolatorium od 31.07.2020 r., dokonano wykreślenia z Wykazu COVID tej pozycji (tego izolatorium) z mocą od 31.07.2020 r. Zgodnie z decyzją Wojewody Małopolskiego 34/2020 (Polecenie 98/2020) z dniem 27 lipca 2020 r., z dniem 28 lipca 2020 r. utworzono Izolatorium kierowane przez Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II przy ul. Prądnickiej 80 w Krakowie, zlokalizowane w WM Hotel System Sp. z o.o, al. 29 Listopada 189, 31-241 Kraków.

17. Zwiększenie liczby zespołów transportu sanitarnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sądeckiego Pogotowia Ratunkowego wykazanych w ww. wykazie (z 1 do 2), w kategorii „transport sanitarny", z mocą od 01.08.2020 r.

18. Zwiększenie liczby zespołów transportu sanitarnego Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego wykazanych w ww. wykazie (z 1 do 2), w kategorii „transport sanitarny", z mocą od 10.08.2020 r.

19. Dodanie kategorii działalności "Punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2" w podmiocie Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o. od dnia 14.09.2020 r.

20. Dodanie kategorii działalności "Punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2"w podmiocie Szpital Wojewódzki im.Św.Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie od dnia 15.09.2020 r.

21. Usunięcie z wykazu podmiotu Stomatologia Piaseczno sp. z o.o. sp. k. w ramach kategorii działalności realizowanej w Dentobusie - świadczenia stomatologiczne doraźne dla pacjentów u których potwierdzono zachorowanie na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 zlokalizowanego przy ul. M. Jakubowskiego 2, 30-688 Kraków - z dniem 15 września 2020 r.

22. Usunięcie z wykazu Wojewódzkiego Szpitala Okulistycznego w Krakowie, os. Na Wzgórzach 17B w związku z uchyleniem Decyzji nr 189/2020 (Polecenie nr 265) Wojewody Małopolskiego z dnia 28 października 2020 r. 31-723 Kraków.

23. Usunięcie z wykazu Uniwersyteckiego Szpitala Ortopedyczno-Rehabilitacyjnemu w Zakopanem,ul. Oswalda Balzera 15, 34-500 Zakopane, w związku z uchyleniem Decyzji nr 57/2020 (polecenie 133) Wojewody Małopolskiego z dnia 4 września 2020 r. oraz Decyzji nr 186/2020 (polecenie 262) Wojewody Małopolskiego z dnia 28 października 2020 r.

24. Usunięcie z wykazu Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego (2 zespoły transportu sanitarnego), ul. św. Łazarza 14, 31-530 Kraków, z dniem 1 grudnia 2020 r.

25. Usunięcie z wykazu Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno- Rehabilitacyjnego im. Prof. Bogusława Frańczuka w Krakowie, Al. Modrzewiowa 22, 30-224 Kraków, w związku z uchyleniem Decyzji Nr 140/2020 (polecenie Nr 216/2020) z dnia 15 października 2020 r Wojewody Małopolskiego.

26. Usunięcie z wykazu Szpitala Specjalistycznego Chorób Płuc "Odrodzenie" im. Klary Jelskiej, ul. Gładkie 1, 34-500 Zakopane, w związku z uchyleniem Decyzji nr 57/2020 (Polecenie Nr 133/2020) z dnia4 września 2020 r. Wojewody Małopolskiego.

27. Usunięcie z wykazu Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Krakowie, w związku z uchyleniem Decyzji nr 57/2020 (Polecenie Nr 133/2020) z dnia 4 września 2020 r. Wojewody Małopolskiego.

28. Usunięcie z wykazu Uzdrowiska Rabka S.A. ul. Orkana 49, 34-700 Rabka Zdrój, w związku z uchyleniem Decyzji nr 221/2020 (Polecenie Nr 297/2020) z dnia 6 listopada 2020 r. Wojewody Małopolskiego.

29. Usunięcie z wykazu izolatorium prowadzonego przez Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu, ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ, w związku z uchyleniem Decyzji nr 223/2020 (Polecenie Nr 299/2020) z dnia 6 listopada 2020 r. Wojewody Małopolskiego.

30.Skorygowanie liczby zespołów transportu sanitarnego COVID-19 w odniesieniu do podmiotu OPC sp. z o.o., ul. Kordylewskiego 4, 31 – 542 Kraków z 4 do 2 od dnia 17.12.2020 r.

31. Usunięcie z wykazu kategorii - transport sanitarny COVID -19 podmiotu KRZYSZTOF ŚLUSARCZYK LIBERANDUM RATOWNICTWO MEDYCZNE ul. Merkuriusza Polskiego 35, 30-698 Kraków- od dnia 17.12.2020 r. (usunięcie w całości)

32. Usunięcie z wykazu Szpitala Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie, ul. Trynitarska 11, 31-061 Kraków w związku z uchyleniem Decyzji DBC.532.2.49.2020.RM z dnia 29 października 2020 r. Ministra Zdrowia.

33. Usunięcie z wykazu kategorii- leczenie podmiotu Scanmed S.A. Szpital Św. Rafała, ul. Bochenka 12, 30-693 Kraków w związku z uchyleniem Decyzji DBC.532.2.52.2020.RM z dnia 30 października 2020 r. Ministra Zdrowia.

34. Usunięcie z wykazu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrowiskowe MSWiA w Krynicy-Zdroju im. bł. Karoliny Kózkówny, ul. Nitribitta 4, 33-380 Krynica Zdrój w związku z uchyleniem Decyzji nr 196/2020 (Polecenie Nr 272/2020) z dnia 2 listopada 2020 r. Wojewody Małopolskiego.

35. Usunięcie z wykazu izolatoriów prowadzonych przez Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie, ul. Strzelecka 2, 31-503 Kraków w związku z uchyleniem Decyzji nr 218/2020 (Polecenie Nr 294/2020) z dnia 10 listopada 2020 r. Wojewody Małopolskiego.

36. Przekształcenie Szpitala Tymczasowego prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital im.dr. Józefa Dietla w Krynicy- Zdroju ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój na Szpital Pasywny w związku z Decyzją nr 2/2021 (Polecenie Nr 2/20201) z dnia 19 stycznia 2021 r. Wojewody Małopolskiego.

* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu

** liczba zespołów w danym miejscu

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

*** Małopolska Kolumna Transportu Sanitarnego Sp. z o.o., w okresie od 11-15 stycznia 2021 r. zawiekszenie liczby mobilnych zespołów wymazowych, wg. poniższego schematu:
11.01.2021 r. - 6 zespołów,
12.01.2021 r.- 5 zespołów,
13.01.2021 r. - 6 zespołów,
14.01.2021 r. - 6 zespołów,
15.01.2021 r. - 6 zespołów.
(dotychczas ujęte 4 zespoły wymazowe)

Wykaz lekarzy oraz lekarzy dentystów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej (teleporad) w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego przez Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia

Lekarz 1	
imię:	
nazwisko:	
nr prawa wykonywania zawodu:	

Lekarz 2	
imię:	
nazwisko:	
nr prawa wykonywania zawodu:	

Lekarz dentysta 1	
imię:	
nazwisko:	
nr prawa wykonywania zawodu:	

Lekarz dentysta 2	
imię:	
nazwisko:	
nr prawa wykonywania zawodu:	

Wykaz - dodatkowa opłata ryczałtowa za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii

Podmiot wykonujący działalność leczniczą	rodzaj realizowanych świadczeń
	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PSY	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń REH	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń STM	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń UZD	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PRO	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SPO	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń OPH	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PDT	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PILOTAŻ	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie karty DILO	X

Wykaz - Porady lekarskie udzielane na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 *	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą	**rodzaj realizowanych świadczeń**
	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ	**X**
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP	**X**
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS	**X**

Wykaz - Wykonanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2 *

Podmiot wykonujący działalność leczniczą	rodzaj realizowanych świadczeń
	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ (w zakresie lekarz POZ)*	x

* Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ - Wykonanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2 - pozycja wykazu dodana z mocą obowiązującą od 2 grudnia 2020 r.

Wykaz - Kwalifikacja do programu Domowa Opieka Medyczna

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

Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-501, ul. Mikołaja Kopernika 36		
telefon/ telefony:	+48 12 424 70 00, +48 12 424 70 01		
identyfikator REGON	000288685		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Jakubowskiego 2, 31-501 Kraków		
telefon/ telefony	tel.: +48 501 465 894		
Data dodania do wykazu	27.12.2020 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-688, Macieja Jakubowskiego 2		
telefon/ telefony	4003310		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu	19.01.2021		
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SZPITAL TYMCZASOWY -SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ		**5**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-501, Kopernika 50		
telefon/ telefony	124248600		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	os. Na Skarpie 66, 31-913 Kraków		
telefon/ telefony:	tel.: + 48 12 644 01 44, +48 12 622 94 65		
identyfikator REGON	000630161		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	os. Na Skarpie 66, 31-913 Kraków		
telefon/ telefony	tel.: +48 12 622 93 42		
Data dodania do wykazu	27.12.2020 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia chorób zakaźnych		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-913, os. Na Skarpie 66		
telefon/ telefony	126229502		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków		
telefon/ telefony:	tel. +48 12 646 8 502		
identyfikator REGON	121188694		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków		
telefon/ telefony	tel.: +48 606 629 315		
Data dodania do wykazu	27.12.2020 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	**EXPO KRAKÓW - POPULACYJNE Punkt szczepień**		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-586, Galicyjska 9		
telefon/ telefony	727 797 074		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.- EXPO KRAKÓW Szpital Tymczasowy		**5**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-586, Galicyjska 9		
telefon/ telefony	727 797 074		
Data dodania do wykazu	19-.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Szpital Wojewódzki im.Św.Łukasza Samodzielny**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów		
telefon/ telefony:	tel. +48 14 631 50 00		
identyfikator REGON	850052740		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	**Szpital Wojewódzki im.Św.Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w**	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów		
telefon/ telefony	tel.: +48 14 631 50 98		
Data dodania do wykazu	27.12.2020 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Młyńska 10, 33 - 300 Nowy Sącz		
telefon/ telefony:	+ 48 18 443 88 77		
identyfikator REGON	000306437		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Młyńska 10, 33 - 300 Nowy Sącz		
telefon/ telefony	tel.: +48 884 313 999		
Data dodania do wykazu	28.12.2020 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ		
telefon/ telefony:	+48 18 263 30 01		

identyfikator REGON	000308324		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ		
telefon/ telefony	tel.: +48 18 263 31 26		
Data dodania do wykazu	28.12.2020 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Specjalistyczny Szpital im. E. Szczeklika w Tarnowie**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 13, 33-100 Tarnów		
telefon/ telefony:	+48 14 63 10 100		
identyfikator REGON	000313408		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Specjalistyczny Szpital im. E. Szczeklika w Tarnowie	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 13, 33-100 Tarnów		
telefon/ telefony	tel.: +48 698 812 000		
Data dodania do wykazu	28.12.2020 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOGILANY, 32-031, ul. św. Bartłomieja Apostoła		
telefon/ telefony:	12 27 01 999, 12 27 01 270, 12 27 77 177		
identyfikator REGON	351571541		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zaklad Opieki Zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOGILANY, 32-031, Św. Bartłomieja Apostoła 21		
telefon/ telefony	122777170		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13		
telefon/ telefony:	+48 12 386 51 00, +48 12 386 51 05		
identyfikator REGON	000300593		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki**	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13		
telefon/ telefony	tel. +48 606 612 738		
Data dodania do wykazu	29.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia ogólna		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁUCZYCE, 32-010, Dworska 1		
telefon/ telefony	123871199		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia ogólna		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIERZBNO, 32-104, 2		
telefon/ telefony	123869299		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WAWRZEŃCZYCE, 32-125, 174		
telefon/ telefony	122874009		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia ogólna		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IGOŁOMIA, 32-126, 16		
telefon/ telefony	122873014		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 6		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W PROSZOWICACH		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PROSZOWICE, 32-100, Mikołaja Kopernika 13		1
telefon/ telefony	690117868		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ LECZNICTWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, ul. Bolesława Szpunara 20		
telefon/ telefony:	12 27 82 824		
identyfikator REGON	350674687		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Ogólna - SPZLO w Wieliczce		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, Bolesława Szpunara 20		
telefon/ telefony	733030577		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-202, ul. Prądnicka 35-37		
telefon/ telefony:	12 416 22 66		
identyfikator REGON	357207664		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków		
telefon/ telefony	tel. +48 609 227 009		
Data dodania do wykazu	04.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-202, Prądnicka 35-37		
telefon/ telefony	122578672		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-202, ul. Prądnicka 80		
telefon/ telefony:	126142000		
identyfikator REGON	000290073		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	**Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana**	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków,		
telefon/ telefony	tel. +48 504 906 449		
Data dodania do wykazu	30.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Wojewódzka Poradnia Szczepień Ochronnych		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-202, Prądnicka 80		
telefon/ telefony	0126142237		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GOŁCZA, 32-075, 80C-D		
telefon/ telefony:	12 38 86 099		
identyfikator REGON	351566391		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GOŁCZA, 32-075, 80 C-D		
telefon/ telefony	123886099		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DZIEWINIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DZIEWIN, 32-708, 48A		
telefon/ telefony:	12 28 17 198; 12 28 17 124		
identyfikator REGON	351145212		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	OŚRODEK ZDROWIA W DZIEWINIE		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DZIEWIN, 32-708, 48 a		
telefon/ telefony	122817198		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		

Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	OŚRODEK ZDROWIA W DZIEWINIE - Z FILIĄ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŚWINIARY, 32-709, 117		
telefon/ telefony	122817002		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SPECJALISTYCZNE CENTRUM DIAGNOSTYCZNO -		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-559, ul. Stefana Rogozińskiego 5		
telefon/ telefony:	124173311		
identyfikator REGON	008397907		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-559, Grzegórzecka 67C		
telefon/ telefony	123457001		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-307, Barska 12		
telefon/ telefony	122665062		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-559, Stefana Rogozińskiego 5		
telefon/ telefony	124173311		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE UJASTEK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-752, ul. Ujastek 3		
telefon/ telefony:	12 68 33 800		
identyfikator REGON	350887420		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień Centrum Medyczne "Ujastek"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-752, Ujastek 3		
telefon/ telefony	126833844		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY RODZINNYCH		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-061, ul. Bocheńska 4		
telefon/ telefony:	12 43 05 773		
identyfikator REGON	351063365		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-061, Bocheńska 4		
telefon/ telefony	124305773		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-415, ul. Bonarka 18		
telefon/ telefony:	12 26 62 195		
identyfikator REGON	351269256		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-415, Bonarka 18		
telefon/ telefony	122662195		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "STRÓŻA" S.C.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STRÓŻA, 32-431, 630		
telefon/ telefony:	12 37 33 173		
identyfikator REGON	351551308		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza Rodzinnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STRÓŻA, 32-431, 630		
telefon/ telefony	123733173		

Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu	19.01.2021		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ -		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-636, Osiedle Oświecenia 45		
telefon/ telefony:	+48 126410400		
identyfikator REGON	351356469		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza rodzinnego		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-636, os. Oświecenia 45		**1**
telefon/ telefony	126410400		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-864, ul. prof. Michała Życzkowskiego 16		
telefon/ telefony:	12 29 50 100		
identyfikator REGON	356366975		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-864, Prof. Michała Życzkowskiego		**1**
telefon/ telefony	122950100		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-034, Mikołaja Kopernika 8		**1**
telefon/ telefony	122950100		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA - OŚRODEK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEPRAW, 32-447, 898		
telefon/ telefony:	12 27 46 030		
identyfikator REGON	351492215		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEPRAW, 32-447, 741		**1**
telefon/ telefony	122746030		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	LEKARZE RODZINNI E.FIGIEL,M.FIGIEL S.C.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-235, ul. Koło Białuchy 25		
telefon/ telefony:	12 25 00 670		
identyfikator REGON	351514320		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarzy Rodzinnych		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRĄBKI, 32-020, 159		
telefon/ telefony	602702915		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"SANO-MED" Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWE BRZESKO, 32-120, Partyzantów 4		
telefon/ telefony:	12 38 52 012		
identyfikator REGON	351521201		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SANO-MED SP.Z O.O.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWE BRZESKO, 32-120, PARTYZANTÓW 4		**1**
telefon/ telefony	12 3852012		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ SPÓŁKA Z		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUŁKOWICE, 32-440, ul. Szkolna 9		
telefon/ telefony:	2732173		
identyfikator REGON	351535798		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Gabinet lekarza POZ		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUŁKOWICE, 32-440, Szkolna 9		
telefon/ telefony	883314866		

Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IZDEBNIK, 34-144, Krakowska 9		
telefon/ telefony	883314866		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Gabinet lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LANCKORONA, 34-143, 10		
telefon/ telefony	883314866		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO ELŻBIETA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIŚNIOWA, 32-412, 1		
telefon/ telefony:	501 008 281		
identyfikator REGON	351518297		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza Rodzinnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIŚNIOWA, 32-412, 1		
telefon/ telefony	501008281		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Lucyna Kufel		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZIELONKI, 32-087, ul. Galicyjska 15		
telefon/ telefony:	12 28 50 014		
identyfikator REGON	351306715		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Gabinet Lekarza Rodzinnego lek. med.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZIELONKI, 32-087, Galicyjska 15		
telefon/ telefony	122850014		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MAŁGORZATA SOWIŃSKA-SOWA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RYBNA, 32-061, ul. Lawendowa 2		
telefon/ telefony:	12 28 04 004		
identyfikator REGON	351562737		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień NZOZ Praktyka Lekarza		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RYBNA, 32-061, Lawendowa 2		
telefon/ telefony	122804004		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień NZOZ - Praktyka Lekarza Rodzinnego Filia w Krzeszowicach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRZESZOWICE, 32-065, Legionów Polskich 7A		
telefon/ telefony	122826580		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	TOMASZ SOBALSKI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZIELONKI, 32-087, ul. Galicyjska 15		
telefon/ telefony:	601 461 105		
identyfikator REGON	351258376		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gabinet Lekarza Rodzinnego lek. med. Tomasz Sobalski		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZIELONKI, 32-087, Galicyjska 15		
telefon/ telefony	122850112		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Andrzej Zając Niepubliczny Zakład Opieki		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BATOWICE, 32-086, ul. Karola Wojtyły 110		
telefon/ telefony:	12 28 59 417		
identyfikator REGON	351304969		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Gabinet(poradnia) podstawowej opieki zdrowotnej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BATOWICE, 32-086, Karola Wojtyły 110		
telefon/ telefony	122859417		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	RAFAŁ KACORZYK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-092, ul. Krakusów 1B/2		
telefon/ telefony:	12 63 86 632		
identyfikator REGON	351304410		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień NZOZ Gabinet Lekarza Rodzinnego Rafał Kacorzyk		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZOZÓWKA, 32-088, krakowska 20		
telefon/ telefony	124194817		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**MAŁGORZATA KULIS-MACHETA CENTRUM**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-015, ul. Cieszyńska 16		
telefon/ telefony:	609 533 656		
identyfikator REGON	350524730		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PORADNIA LEKARZA POZ		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-015, Cieszyńska 16		
telefon/ telefony	122221240		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych Spółka**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-869, os. 2 Pułku Lotniczego 22		
telefon/ telefony:	12 64 91 321		
identyfikator REGON	351562602		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza Rodzinnego		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-869, os. 2 Pułku Lotniczego 22		
telefon/ telefony	126491321		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Zespół Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1		
telefon/ telefony:	+48 014 642 28 31, + 48 014 642 27 50		
identyfikator REGON	000304361		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1		
telefon/ telefony	tel.: +48 603131338		
Data dodania do wykazu	30.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpitalna Przychodnia Rodzinna		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĄBROWA TARNOWSKA, 33-200, Szpitalna 1		
telefon/ telefony	146422831		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLESNO, 33-210, ul. Leśna 10		
telefon/ telefony:	14 64 11 011		
identyfikator REGON	850446574		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLESNO, 33-210, Leśna 10		
telefon/ telefony	146411011		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RZEZAWA, 32-765, ul. Wiśniowa 30		
telefon/ telefony:	14 68 58 410		
identyfikator REGON	850521962		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RZEZAWA, 32-765, Wiśniowa 30		**1**
telefon/ telefony	146127818		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MOŚCICKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-101, ul. Eugeniusza Kwiatkowskiego 15		
telefon/ telefony:	14 68 80 511		
identyfikator REGON	851664020		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Rodzinna		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-101, E. Kwiatkowskiego 15		**1**
telefon/ telefony	tel: 14 688 05 50		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	MOŚCICKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-101, E. Kwiatkowskiego 15	**P**	
telefon/ telefony	tel: 14 688 05 50		
Data dodania do wykazu	11.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"CENTERMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, pl. Jana Sobieskiego 2		
telefon/ telefony:	14 63 14 800		
identyfikator REGON	851659993		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CenterMed Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Kazimierza Pułaskiego 92		**1**
telefon/ telefony	14 62 70 810		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko		
telefon/ telefony:	tel. +48 14 662 10 00		
identyfikator REGON	000304355		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko	**W**	
telefon/ telefony	tel.: +48 511438360		
Data dodania do wykazu	30.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia ogólna		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZESKO, 32-800, Tadeusza Kościuszki 68		**1**
telefon/ telefony	146621171		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	OŚRODEK ZDROWIA W ŁUKOWICY SPÓŁKA Z		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Bohaterów Orła Białego 82		
telefon/ telefony:	18 3335014		
identyfikator REGON	366213181		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet zabiegowy		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁUKOWICA, 34-606, 8		**1**
telefon/ telefony	183335014		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**UZDROWISKO SZCZAWNICA SPÓŁKA AKCYJNA**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZAWNICA, 34-460, ul. Zdrojowa 26		
telefon/ telefony:	185400420		
identyfikator REGON	000288219		

Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Uzdrowiskowa		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZAWNICA, 34-460, Park Górny 2		
telefon/ telefony	18 26 22 220		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	**UZDROWISKO SZCZAWNICA SPÓŁKA AKCYJNA**	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZAWNICA, 34-460, ul. Zdrojowa 26		
telefon/ telefony	tel: 1805400420		
Data dodania do wykazu	11.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ JODŁOWNIK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JODŁOWNIK, 34-620, 174		
telefon/ telefony:	18 33 21 120		
identyfikator REGON	369412640		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Gabinet Lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JODŁOWNIK, 34-620, 174		
telefon/ telefony	183321120		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁABOWA, 33-336, 284		
telefon/ telefony:	18 47 11 286		
identyfikator REGON	121409267		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁABOWA, 33-336, 284		
telefon/ telefony	184711286		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"UZDROWISKO KRYNICA-ŻEGIESTÓW" SPÓŁKA AKCYJNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, al. Aleja inż. Nowotarskiego 9/4		
telefon/ telefony:	18471201		
identyfikator REGON	491900275		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Sanatorium Uzdrowiskowe Patria		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, Kazimierza Pułaskiego 35		
telefon/ telefony	184712811		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Dziedzic Janusz Niepubliczny Zakład Opieki		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SŁOPNICE, 34-615, 518		
telefon/ telefony:	18 3326004		
identyfikator REGON	121403543		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słopnicach		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SŁOPNICE, 34-615, 518		
telefon/ telefony	183326004		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Stanisława Kucharska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZAWA, 34-607, 425		
telefon/ telefony:	18 33 24 015		
identyfikator REGON	490103453		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZAWA, 34-607, 425		
telefon/ telefony	183324015		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	BOR-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRASNE-LASOCICE, 34-620, 192		

telefon/ telefony:	18 33 21 403		
identyfikator REGON	360679085		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Bor-Med - PUNKT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRASNE-LASOCICE, 34-620, Krasne 192		
telefon/ telefony	183321403		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza Rodzinnego - PUNKT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁAPANOW, 32-740, 185		
telefon/ telefony	146853425		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane		
telefon/ telefony:	tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 153 51		
identyfikator REGON	000311510		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	**Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem**	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane		
telefon/ telefony	tel. +48 572 703 346		
Data dodania do wykazu	30.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAKOPANE, 34-500, Kamieniec 10		
telefon/ telefony	182012021		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Szpital Specjalistyczny im. Henryka**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice		
telefon/ telefony:	tel. +48 18 35 -53-200		
identyfikator REGON	000308614		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	**Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach**	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice		
telefon/ telefony	tel. +48 606999740		
Data dodania do wykazu	30.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GORLICE, 38-300, Węgierska 21		
telefon/ telefony	183553260		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GORLICE, 38-300, Węgierska 21		
telefon/ telefony	183553260		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu	19.01.2021		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MANIOWY, 34-436, ul. Gorczańska 6		
telefon/ telefony:	18 27 50 088		
identyfikator REGON	490687997		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia W MANIOWACH		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MANIOWY, 34-436, GORCZAŃSKA 6		
telefon/ telefony	182750088		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NAPRAWIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NAPRAWA, 34-240, 477		
telefon/ telefony:	18 26 72 012		
identyfikator REGON	357168480		

Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NAPRAWA, 34-240, 477		
telefon/ telefony	182672012		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIPNICA WIELKA, 34-483, 517		
telefon/ telefony:	18 26 34 504		
identyfikator REGON	490664565		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIPNICY WIELKIEJ		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIPNICA WIELKA, 34-483, 517		
telefon/ telefony	182634504		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁAPSZE NIŻNE, 34-442, ul. Długa 169		
telefon/ telefony:	182659398		
identyfikator REGON	490529927		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia w Łapszach Niżnych		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁAPSZE NIŻNE, 34-442, Długa 169		
telefon/ telefony	182659398		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZAFLARY, 34-424, UL. WŁADYSŁAWA ORKANA 37C		
telefon/ telefony:	18 27 54 776		
identyfikator REGON	490765680		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W SZAFLARACH		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZAFLARY, 34-424, Orkana 37c		
telefon/ telefony	182754776		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Wysokie Brzegi 4		
telefon/ telefony:	33 844 82 00		
identyfikator REGON	000304409		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, Wysokie Brzegi 4		
telefon/ telefony	338448200		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu	19.01.2021		
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim		
telefon/ telefony	tel. +48 605666823		
Data dodania do wykazu	29.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIEPRZ, 34-122, ul. Wadowicka 3		
telefon/ telefony:	33 870 67 60		
identyfikator REGON	072135480		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza poz		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIEPRZ, 34-122, Wadowicka 3		
telefon/ telefony	338755052		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MUCHARZ, 34-106, 226		
telefon/ telefony:	33 8761410		
identyfikator REGON	070745010		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Mucharzu		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MUCHARZ, 34-106, 226		**1**
telefon/ telefony	338761410		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZEMBRZYCE, 34-210, 541		
telefon/ telefony:	33 8746010		
identyfikator REGON	072140914		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZEMBRZYCE, 34-210, 541		**1**
telefon/ telefony	338746010		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIEŃKÓWKA, 34-212, 410		
telefon/ telefony:	33 874 01 61		
identyfikator REGON	072148614		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Bieńkówce		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIEŃKÓWKA, 34-212, 410		**1**
telefon/ telefony	33 874 01 61		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Miejska Przychodnia Zdrowia w Suchej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUCHA BESKIDZKA, 34-200, ul. Handlowa 1		
telefon/ telefony:	33 874 28 17		
identyfikator REGON	072127871		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Miejska Przychodnia Zdrowia w Suchej Beskidzkiej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUCHA BESKIDZKA, 34-200, Handlowa 1		
telefon/ telefony	338742817		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Miejska Przychodnia Zdrowia**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MAKÓW PODHALAŃSKI, 34-220, ul. Kościuszki 1		
telefon/ telefony:	33 877 18 17		
identyfikator REGON	072122885		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Miejska Przychodnia Zdrowia		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MAKÓW PODHALAŃSKI, 34-220, Kościuszki 1		**1**
telefon/ telefony	338771817		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	WIEJSKI OŚRODEK ZDROWIA W JUSZCZYNIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JUSZCZYN, 34-231, 542		
telefon/ telefony:	33 8771443		
identyfikator REGON	072122879		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Wiejski Ośrodek Zdrowia w Juszczynie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JUSZCZYN, 34-231, 542		**1**
telefon/ telefony	338771443		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SPYTKOWICACH**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SPYTKOWICE, 34-116, ul. Szkolna 1		
telefon/ telefony:	33 87 91 828		

identyfikator REGON	072148962		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SPYTKOWICE, 34-116, SZKOLNA 1		
telefon/ telefony	338791828		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stryszowie**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STRYSZÓW, 34-146, 557		
telefon/ telefony:	33 8797585		
identyfikator REGON	357002838		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stryszowie		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STRYSZÓW, 34-146, 557		
telefon/ telefony	338797495		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kalwarii Zebrzydowskiej**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KALWARIA ZEBRZYDOWSKA, 34-130, al. Jana Pawła II 7		
telefon/ telefony:	33 8766 437		
identyfikator REGON	357002301		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Miejska Przychodnia Zdrowia w Kalwarii Zebrzydowskiej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KALWARIA ZEBRZYDOWSKA, 34-130, Jana Pawła II 7		
telefon/ telefony	338766437		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Wiejski Ośrodek Zdrowia w Leńczach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LEŃCZE, 34-130, 284		
telefon/ telefony	338768795		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Wiejski Ośrodek Zdrowia w Przytkowicach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRZYTKOWICE, 34-141, 416		
telefon/ telefony	338768425		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chełmku**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHEŁMEK, 32-660, ul. Staicha 1		
telefon/ telefony:	33 846 14 61, 846 11 69, 846 12 02		
identyfikator REGON	357007652		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chełmku		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHEŁMEK, 32-660, ul. Staicha 1		
telefon/ telefony	338461202		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	**ZAKŁAD LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO W CHRZANOWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, ul. Sokoła 19		
telefon/ telefony:	32 62 32 211		
identyfikator REGON	276218481		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień - ZLA w Chrzanowie		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, Sokoła 19		
telefon/ telefony	32 610 00 49		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień - ZLA Chrzanów		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, Broniewskiego 16c		
telefon/ telefony	32 623 44 68		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień - ZLA Chrzanów		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, Kalinowa 7		
telefon/ telefony	32 661 87 57		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzanów		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LUSZOWICE, 32-500, Strażacka 8		
telefon/ telefony	327115050		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzanów		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BALIN, 32-500, Wyzwolenia 65		
telefon/ telefony	32 613 17 87		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 6		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzanów		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁAZA, 32-552, Jana Korczaka 2		
telefon/ telefony	326131250		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 7		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzanów		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	POGORZYCE, 32-500, 19/1		
telefon/ telefony	32 623 04 32		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"DIABET" CENTRUM MEDYCZNE S.C. LESZEK ROMANOWSKI BARBARA ROMANOWSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, ul. Kościuszki 18		
telefon/ telefony:	32 62 31 373		
identyfikator REGON	851722668		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Przychodnia - Centrum Wielospecjalistycznej Opieki Ambulatoryjnej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, Kościuszki 18		
telefon/ telefony	326231373		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	JAROSŁAW KUBICKI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GDÓW, 32-420, 336		
telefon/ telefony:	602 773 919		
identyfikator REGON	350693532		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GDÓW, 32-420, 1349		
telefon/ telefony	122514009		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŻEGOCINIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻEGOCINA, 32-731, 232		
telefon/ telefony:	14 61 32 034		
identyfikator REGON	851712635		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŻEGOCINIE		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻEGOCINA, 32-731, 232		
telefon/ telefony	146132034		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	OLAF DUBIEL		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GDÓW, 32-420, 402		
telefon/ telefony:	12 25 14 829		
identyfikator REGON	350314530		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Olaf Dubiel		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GDÓW, 32-420, 402		
telefon/ telefony	12 25 14 829		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KĘTACH		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KĘTY, 32-650, ul. Jana III Sobieskiego 45		
telefon/ telefony:	33 84 52 036 , 33 84 52 740		
identyfikator REGON	357029926		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Przychodnia Zdrowia w Kętach		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KĘTY, 32-650, Jana III Sobieskiego 35a		
telefon/ telefony	338452036		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Bielanach		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIELANY, 32-651, Łęcka 10		
telefon/ telefony	338486610		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Bulowicach		1

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BULOWICE, 35-652, Bielska 63		
telefon/ telefony	338453599		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Malcu		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MALEC, 35-651, Świętojańska 65		
telefon/ telefony	338455220		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Witkowicach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WITKOWICE, 32-650, Dworska 50		
telefon/ telefony	338485099		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Maria Maruszak-Wojtas		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAKLICZYN, 32-840, ul. Grabina 27A		
telefon/ telefony:	14 66 53 533		
identyfikator REGON	851750245		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAKLICZYN, 32-840, Grabina 27A		
telefon/ telefony	146653533		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY MIEJSKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOCHNIA, 32-700, ul. Floris 16		
telefon/ telefony:	14 6117028		
identyfikator REGON	851736920		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Miejski Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOCHNIA, 32-700, Floris 16		
telefon/ telefony	146153628		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZEGINI JANUSZ ZALEWSKI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRZEGINIA, 32-049, 371		
telefon/ telefony:	12 38 98 017		
identyfikator REGON	357031314		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gabinet Lekarza Rodzinnego Lek. Med. Janusz Zalewski w Przegini		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRZEGINIA, 32-049, 371		
telefon/ telefony	123898017		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przegini Filia w Skale		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAŁA, 32-043, Rynek 8		
telefon/ telefony	123892797		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	ANNA TENEROWICZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAGÓRZANY, 38-333, 235		
telefon/ telefony:	18 35 30 460		
identyfikator REGON	491904570		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OŚRODEK ZDROWIA" W ZAGÓRZANACH		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAGÓRZANY, 38-333, 235		
telefon/ telefony	183512893		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ TERAPIA - MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-861, os. Osiedle Niepodległości 2		
telefon/ telefony:	6482495		
identyfikator REGON	351570369		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia dla dzieci z punktem szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-861, os. Niepodległości 2		
telefon/ telefony	126482495		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu	19.01.2021		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	OŚRODEK ZDROWIA W MOSZCZENICY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOSZCZENICA, 38-321, ul. Samorządowa 5		
telefon/ telefony:	183541005		
identyfikator REGON	491971163		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Moszczenicy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOSZCZENICA, 38-321, Samorządowa 5		
telefon/ telefony	501297080		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ OŚRODEK ZDROWIA W MOSZCZENICY		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STASZKÓWKA, 38-321, Strażacka 5		
telefon/ telefony	501297080		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIPNICY MUROWANEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIPNICA MUROWANA, 32-724, 49		
telefon/ telefony:	14 68 52 628		
identyfikator REGON	851665835		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIPNICA MUROWANA, 32-724, 49		
telefon/ telefony	146852628		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W MUSZYNIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MUSZYNA, 33-370, ul. Zefirka 6		
telefon/ telefony:	18 47 14 037		
identyfikator REGON	491974204		

Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W MUSZYNIE		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MUSZYNA, 33-370, Zefirka 6		
telefon/ telefony	184714037		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Małgorzata Rosa Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDIMED		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-306, ul. Niska 24		
telefon/ telefony:	12 63 34 605		
identyfikator REGON	357047574		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza Rodzinnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-018, Al. Juliusza Słowackiego 46		
telefon/ telefony	601485065		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu	19.01.2021		
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza Rodzinnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĘTKOWICE-KOLONIA, 32-107, 80		
telefon/ telefony	601485065		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu	19.01.2021		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ZDROWIE RODZINY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PODEGRODZIE, 33-386, 255		
telefon/ telefony:	18 44 58 578		
identyfikator REGON	491972582		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet internistyczny (poradnia lekarza poz) ZDROWIE RODZINY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZEZNA, 33-386, 311		
telefon/ telefony	184458578		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Natalia Szopińska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JAZOWSKO, 33-389, 120		
telefon/ telefony:	18 44 47 008		
identyfikator REGON	491973676		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jazowsku		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JAZOWSKO, 33-389, 120		
telefon/ telefony	184447273		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Małgorzata Wojewoda		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TYLICZ, 33-383, ul. Boczna 6		
telefon/ telefony:	18 471 1325		
identyfikator REGON	491897521		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tyliczu		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TYLICZ, 33-383, Boczna 6		
telefon/ telefony	184711325		

Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ALFA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, ul. Władysława Reymonta 21		
telefon/ telefony:	18 47 12 971		
identyfikator REGON	120540456		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ALFA w Krynicy Zdroju		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, Reymonta 21 21		
telefon/ telefony	184712971		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza podstawowej opieki zdrowotnej Klęczany		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KLĘCZANY, 33-394, 182		
telefon/ telefony	184433615		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	OŚRODEK PEDIATRYCZNO - INTERNISTYCZNY MYŚLENICE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, ul. Juliusza Słowackiego 88		
telefon/ telefony:	12 27 20 411		
identyfikator REGON	357042080		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia (Gabinet) Lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, Juliusza Słowackiego 88		
telefon/ telefony	122720411		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RYTRZE "TELMED" S.C.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RYTRO, 33-343, 541		
telefon/ telefony:	18 44 69 002		
identyfikator REGON	491974256		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RYTRO , 33-343, 541		
telefon/ telefony	184469002		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" S.C. DOROTA STACHURA-BIEDROŃ,MARIA KOLCZYŃSKA-CZEPIEC		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RUDAWA, 32-064, ul. Antoniny Domańskiej 24		
telefon/ telefony:	12 28 38 091		
identyfikator REGON	357060557		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza rodzinnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RUDAWA, 32-064, Antoniny Domańskiej 24		
telefon/ telefony	602117072		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	MEDIC-KOLOR Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-941, os. Kolorowe 21		
telefon/ telefony:	12 64 44 311		
identyfikator REGON	357033431		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień MEDIC-KOLOR		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-941, os. Kolorowe 21		
telefon/ telefony	126444311		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Dorota Bogucka-Świeboda		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĄCKO, 33-390, 140		
telefon/ telefony:	18 44 46 304		
identyfikator REGON	491937500		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĄCKO, 33-390, 140		
telefon/ telefony	7820095660		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Krystyna Piwowar-Klag		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĄCKO, 33-390, 662		
telefon/ telefony:	18 4446024		
identyfikator REGON	490605172		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Gabinet pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "KLAG-MED"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĄCKO, 33-390, 662		
telefon/ telefony	184446024		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	KRZYSZTOF PTAK PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GDÓW, 32-420, 402		
telefon/ telefony:	12 25 14 488		
identyfikator REGON	350326325		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GDÓW, 32-420, 402		
telefon/ telefony	122514488		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ S.C. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁAPANÓW, 32-740, 186		
telefon/ telefony:	14 61 34 401		
identyfikator REGON	357057710		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza rodzinnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁAPANÓW, 32-740, 186		
telefon/ telefony	14 61 34 401		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MĘDRZECHOWIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MĘDRZECHÓW, 33-221, 325		
telefon/ telefony:	14 64 37 114		

identyfikator REGON	851748774		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MĘDRZECHÓW, 33-221, 325		
telefon/ telefony	14 64 37 114		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM DOKTOR JAWOREK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BĘBŁO, 32-089, ul. Kwiatowa 5		
telefon/ telefony:	12 41 93 610		
identyfikator REGON	362894110		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Doktor Jaworek		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BĘBŁO, 32-089, Kwiatowa 5		
telefon/ telefony	124193610		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ANNA JELONKIEWICZ, MARIA MAGDALENA KUŁAGA-WIECZOREK "ZDROWIE" SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PROSZOWICE, 32-100, ul. 3 Maja 70		
telefon/ telefony:	12 38 61 671		
identyfikator REGON	357072520		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza rodzinnego - Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PROSZOWICE, 32-100, 3 Maja 70		
telefon/ telefony	123861671		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	KRZYSZTOF KUKLA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "GABINET LEKARZA RODZINNEGO"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KAMIEŃ, 32-071, ul. Piaski 15		
telefon/ telefony:	12 28 03 023		
identyfikator REGON	351518340		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Ogólna		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KAMIEŃ, 32-071, Piaski 15		
telefon/ telefony	606941471		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KŁAJU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KŁAJ, 32-015, 820		
telefon/ telefony:	12 28 41 277		
identyfikator REGON	357036406		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ - Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KŁAJ, 32-015, 820		
telefon/ telefony	12 28 41 033		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Szpital Św. Anny w Miechowie**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3		
telefon/ telefony:	+48 41 38 20 100,		
identyfikator REGON	000304384		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	**Szpital Św. Anny w Miechowie**	**w**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3		
telefon/ telefony	tel. +48 511910667		
Data dodania do wykazu	28.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Św. Anny		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW, 32-200, Szpitalna 3		
telefon/ telefony	413820333		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOZŁOWIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOZŁÓW, 32-241, 63		
telefon/ telefony:	41 38 41 234		
identyfikator REGON	290416388		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PZOZ W KOZŁOWIE		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOZŁÓW, 32-241, 63		
telefon/ telefony	413841324		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SŁABOSZOWIE Z SIEDZIBĄ W DZIADUSZYCACH		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DZIADUSZYCE, 32-218, 25		
telefon/ telefony:	41 38 47 010		
identyfikator REGON	290419470		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Dziaduszycach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DZIADUSZYCE, 32-218, 25		
telefon/ telefony	413847010		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHARSZNICY		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW-CHARSZNICA, 32-250, ul. Miechowska 52		
telefon/ telefony:	41 38 36 008		
identyfikator REGON	357004984		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Charsznicy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW-CHARSZNICA, 32-250, Miechowska 52		
telefon/ telefony	413836008		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Książu Wielkim		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KSIĄŻ WIELKI, 32-210, ul. Warszawska 17A		
telefon/ telefony:	41 38 38 017		
identyfikator REGON	290758255		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Książu Wielkim		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KSIĄŻ WIELKI, 32-210, Warszawska 17A		
telefon/ telefony	4413838017		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	JARMIX SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW, 32-200, ul. Józefa Piłsudskiego 12		
telefon/ telefony:	41 38 33 322		
identyfikator REGON	290655058		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Centrum Medyczne TOP-MED		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW, 32-200, ul. Józefa Piłsudskiego 12		
telefon/ telefony	41 38 33 322		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punk szczepień w ośrodku zdrowia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RACŁAWICE, 32-222, 155		
telefon/ telefony	41 38 33 322		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SZCZUCINIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZUCIN, 33-230, ul. Piłsudskiego 15		
telefon/ telefony:	14 64 36 195		
identyfikator REGON	851745267		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZUCIN, 33-230, Piłsudskiego 15		
telefon/ telefony	146436195		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOLESŁAWIU		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOLESŁAW, 33-220, 168		
telefon/ telefony:	14 64 15 014		
identyfikator REGON	851745630		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOLESŁAWIU		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOLESŁAW, 33-220, 168		
telefon/ telefony	146415014		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ANTIDOTUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Władysława Broniewskiego 3a		
telefon/ telefony:	184415585		
identyfikator REGON	491975072		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień ANTIDOTUM Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, Broniewskiego 3a		
telefon/ telefony	1852117014		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	LEKARZ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CZERNICHÓW, 32-070, ul. Wiślana 2		
telefon/ telefony:	12 27 02 999		
identyfikator REGON	357058632		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CZERNICHÓW, 32-070, Wiślana 2		
telefon/ telefony	696033997		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZATORZE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZATOR, 32-640, ul. Leszka Palimąki 2		
telefon/ telefony:	33 84 12 150		
identyfikator REGON	357082613		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZATOR, 32-640, Leszka Palimąki 2		
telefon/ telefony	338412150		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Bartłomiej Cabala SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA ARCUS		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, ul. Józefa Ignacego Kraszewskiego 118		
telefon/ telefony:	184715652		
identyfikator REGON	430647438		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA ARCUS		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, J. I. Kraszewskiego 118		
telefon/ telefony	184715652		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "REMEDIUM" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Józefa Poniatowskiego 2		
telefon/ telefony:	18 44 36 690		
identyfikator REGON	491975066		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ"REMEDIUM"		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, Józefa Poniatowskiego 2		
telefon/ telefony	185476750		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"PRAXIS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, ul. św. Heleny 30 B		
telefon/ telefony:	18 443 09 10		
identyfikator REGON	491980601		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PRAXIS" sp.z.o.o.		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, Św. Heleny 30B		
telefon/ telefony	+48184430910		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Małgorzata Janik		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MSZANA DOLNA, 34-730, ul. Józefa Marka 22		
telefon/ telefony:	601 497 758		
identyfikator REGON	490711537		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza Rodzinnego NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego M.Janik		**1**

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RACIECHOWICE, 32-415, 140		
telefon/ telefony	122715015		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRĘBOSZOWIE**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRĘBOSZÓW, 33-260, 142		
telefon/ telefony:	14 64 16 006		
identyfikator REGON	851750883		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRĘBOSZOWIE		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRĘBOSZÓW, 33-260, 142		
telefon/ telefony	146416006		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LEKARZ RODZINNY S.C., BOGDAN I BEATA BACZYŃSCY**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KASINA WIELKA, 34-741, 546		
telefon/ telefony:	18 33 14 023		
identyfikator REGON	491979288		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKRZYDLNA, 34-625, 152		
telefon/ telefony	183331013		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KASINA WIELKA, 34-741, 546		
telefon/ telefony	183314023		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Maria Wójcik - Niepubliczny Zakład Opieki**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KORZENNA, 33-322, 338		
telefon/ telefony:	18 4417002		
identyfikator REGON	491979986		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Korzennej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KORZENNA, 33-322, 338		
telefon/ telefony	184417002		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Armii Krajowej 18, 30-150 Kraków		
telefon/ telefony:	+48 12 629 89 00, +48 12 629 88 00		
identyfikator REGON	351618159		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Św. Rafała	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Bochenka 12, 30-693 Kraków		
telefon/ telefony	tel. +48 785 056 438		
Data dodania do wykazu	04.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet zabiegowy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-150, Armii Krajowej 5		
telefon/ telefony	126298800		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		

Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt pobrań -Scanmed		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-536, Podgórska 36		
telefon/ telefony	126298800		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet zabiegowy POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-050, Akademicka 5		
telefon/ telefony	126298800		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień dla dorosłych		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, Zygmuntowska 15		
telefon/ telefony	126298800		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 6		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet zabiegowy POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-571, al. Jana Pawła II 84		
telefon/ telefony	126298800		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 7		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet zabiegowy POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-551, Rakowicka 16		
telefon/ telefony	126298800		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 8		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet zabiegowy POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-048, Podchorążych 2		
telefon/ telefony	126298800		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 9		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet zabiegowy POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-155, Warszawska 24		
telefon/ telefony	126298800		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 10		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet zabiegowy POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-387, Gronostajowa 7		
telefon/ telefony	126298800		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 11		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet zabiegowy POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-705, Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1		
telefon/ telefony	126298800		

Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 12		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-693, Adama Bochenka 10		
telefon/ telefony	126298800		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	RENATA KOPACZ-MODRZEJEWSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PORĘBA WIELKA, 34-735, 278		
telefon/ telefony:	18 3317013		
identyfikator REGON	491981486		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego w Porębie Wielkiej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PORĘBA WIELKA, 34-735, 278		
telefon/ telefony	183317013		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-PORADNIA LEKARSKA OGÓLNA-ROJEK,MARCZUK,JEDYNAK,MARCHEWKA,CINA SPÓŁKA JAWNA**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIMANOWA, 34-600, ul. Matki Boskiej Bolesnej 10		
telefon/ telefony:	18 3372232		
identyfikator REGON	491981730		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Gabinet diagnostyczno-zabiegowy		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIMANOWA, 34-600, M.B.Bolesnej 10		
telefon/ telefony	183372232		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Gabinet diagnostyczno-zabiegowy		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIMANOWA, 34-600, M.B.Bolesnej 10		
telefon/ telefony	183372232		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu	19.01.2021		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Elżbieta Makulec-Ryś**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWE RYBIE, 34-652, 157		
telefon/ telefony:	18 33 22 111		
identyfikator REGON	491896852		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet położnej środowiskowo-rodzinnej Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Praktyka Lekarza Rodzinnego" w Nowym Rybiu		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWE RYBIE, 34-652, 157		
telefon/ telefony	123322111		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBREJ**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOBRA, 34-642, 545		
telefon/ telefony:	18 33 30 011		
identyfikator REGON	491981440		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Dobrej - Punkt Szczepień		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOBRA, 34-642, 545		
telefon/ telefony	183330011		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MSZANIE DOLNEJ**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MSZANA DOLNA, 34-730, UL. JANA MATEJKI 13		
telefon/ telefony:	18 33 10 028		
identyfikator REGON	491980860		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Poradnia lekarska POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MSZANA DOLNA, 34-730, Matejki 13		
telefon/ telefony	183310028		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDGMIN JURAJSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JERZMANOWICE, 32-048, ul. Rajska 22		
telefon/ telefony:	12 38 95 009		
identyfikator REGON	351612837		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JERZMANOWICE, 32-048, Rajska 22		
telefon/ telefony	123895009		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RACŁAWICE, 32-049, Racławice 54A		
telefon/ telefony	122829381		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "VENA-ANDRYCHÓW" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ANDRYCHÓW, 34-120, ul. Starowiejska 17A		
telefon/ telefony:	33 87 05 632		
identyfikator REGON	357062830		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ANDRYCHÓW, 34-120, Starowiejska 17a		
telefon/ telefony	338705632		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ DOB-MED PIOTR STOPNICKI I PARTNERZY		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOBCZYCE, 32-410, Rynek 16		
telefon/ telefony:	12 27 13 661		
identyfikator REGON	357071911		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOBCZYCE, 32-410, Rynek 16		
telefon/ telefony	122713661		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Katarzyna Pałka		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STARY SĄCZ, 33-340, ul. Królowej Jadwigi 20		
telefon/ telefony:	18 44 61 172		
identyfikator REGON	490818471		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STARY SĄCZ, 33-340, Królowej Jadwigi 20		
telefon/ telefony	18 44 61 172		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "WIDOK-BRONOWICE 1" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-147, ul. Na Błonie 1		
telefon/ telefony:	12 63 84 099; 12 63 82 377		
identyfikator REGON	357047628		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-147, Na Błonie 1		
telefon/ telefony	728821631		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Praktyka Lekarska AZORY Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-308, ul. Wacława Nałkowskiego 1		
telefon/ telefony:	12 63 84 455		
identyfikator REGON	357065402		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-308, NAŁKOWSKIEGO 1		
telefon/ telefony	601442110		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Maria Bednarz		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEDLCE, 33-322, 228		
telefon/ telefony:	18 44 17 504		
identyfikator REGON	491982534		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Maria Bednarz		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEDLCE, 33-322, 228		
telefon/ telefony	184417504		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZDROWIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KLUCZE, 32-310, ul. Zawierciańska 14		
telefon/ telefony:	32 64 28 413		
identyfikator REGON	357072980		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KLUCZE, 32-310, Zawierciańska 14		
telefon/ telefony	326428413		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"PULS ADAM I BEATA RAUK SPÓŁKA JAWNA"		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ANDRYCHÓW, 34-120, ul. Krakowska 140A		
telefon/ telefony:	33 8757601		
identyfikator REGON	851730975		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego w Andrychowie		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ANDRYCHÓW, 34-120, Krakowska 140a		
telefon/ telefony	338757601		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Praktyka Lekarza Rodzinnego w Roczynach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ROCZYNY, 34-120, Bielska 87		
telefon/ telefony	338702749		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PABIMED" S.C. PRZEMYSŁAW BIEDROŃ, GRZEGORZ BIEDROŃ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-218, ul. Królowej Jadwigi 203		
telefon/ telefony:	126254444		
identyfikator REGON	357073330		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza rodzinnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-218, Królowej Jadwigi 203		
telefon/ telefony	126254444		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PORADNIA PEDIATRYCZNO-INTERNISTYCZNA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, ul. Szpitalna 2A		
telefon/ telefony:	12 27 30 259		
identyfikator REGON	357066525		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Pediatryczno-Internistyczna		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, Szpitalna 2A		
telefon/ telefony	122730259		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GRÓDMED BULZAK, CISZKOWSKA. SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRÓDEK NAD DUNAJCEM, 33-318, 170		
telefon/ telefony:	18 44 01 444		
identyfikator REGON	491984220		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza rodzinnego		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRÓDEK NAD DUNAJCEM, 33-318, 170		
telefon/ telefony	184401444		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	BOGUSŁAWA WARCHOŁ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁUŻNA, 38-322, 609		
telefon/ telefony:	18 354 30 44		
identyfikator REGON	491983746		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej "SALUS"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁUŻNA, 38-322, 609		

telefon/ telefony	18 354 30 44		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GMINIE JABŁONKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JABŁONKA, 34-480, ul. 3 Maja 7.		
telefon/ telefony:	18 26 42 021		
identyfikator REGON	491984958		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ORAWSKIE CENTRUM ZDROWIA W JABŁONCE		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JABŁONKA, 34-480, 3 MAJA 7		
telefon/ telefony	182642022		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Małgorzata Nowak Praktyka Lekarza Rodzinnego		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PALEŚNICA, 32-842, 109		
telefon/ telefony:	14 66 54 106		
identyfikator REGON	851750080		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia (gabinet) podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PALEŚNICA, 32-842, 109		
telefon/ telefony	146654106		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 138		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OSIEDLE UROCZE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-952, os. Osiedle Urocze 2		
telefon/ telefony:	12 64 42 755		
identyfikator REGON	357053600		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej OSIEDLE UROCZE		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-952, OS. UROCZE 2		
telefon/ telefony	12 64 42 755		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Przychodnia Lekarska Diamed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-695, ul. Alberta Schweitzera 7		
telefon/ telefony:	12 37 11 900		
identyfikator REGON	357066956		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Lekarska Diamed Sp. z o.o. - Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-695, A. Schweitzera 7		
telefon/ telefony	503088166		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Lekarska Diamed Sp. z o.o. - Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, Trąbki 430		
telefon/ telefony	503088166		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KROŚCIENKU NAD DUNAJCEM		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KROŚCIENKO NAD DUNAJCEM, 34-450, ul. Esperanto 2		
telefon/ telefony:	18 26 23 046		
identyfikator REGON	491984929		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KROŚCIENKO NAD DUNAJCEM, 34-450, Esperanto 2		
telefon/ telefony	182623046		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 141		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Polance Wielkiej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	POLANKA WIELKA, 32-607, ul. Długa 3		
telefon/ telefony:	33 84 88 823		
identyfikator REGON	357091167		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	POLANKA WIELKA, 32-607, DŁUGA 3		
telefon/ telefony	338488823		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 142		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"WOJNICKIE CENTRUM MEDYCZNE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOJNICZ, 32-830, ul. Rolnicza 3		
telefon/ telefony:	14 67 90 308		
identyfikator REGON	851732773		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Wojnickie Centrum Medyczne Sp. z o.o. NZOZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOJNICZ, 32-830, Rolnicza 3		
telefon/ telefony	146790308		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 143		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNA RODZINNA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-352, ul. Włodzimierza Tetmajera 2		
telefon/ telefony:	12 63 84 956		
identyfikator REGON	364523434		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet ogólny lekarza rodzinnego		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-352, Włodzimierza Tetmajera 2		
telefon/ telefony	126384956		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNA RODZINNA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-352, Tetmajera 2		
telefon/ telefony	126384956		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 144		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przeciszowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRZECISZÓW, 32-641, ul. Długa 4		
telefon/ telefony:	33 84 13 278		
identyfikator REGON	357087444		

Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA PRZECISZÓW		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRZECISZÓW, 32-641, DŁUGA 4		
telefon/ telefony	338413278		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 145		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W BIAŁYM DUNAJCU		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁY DUNAJEC, 34-425, ul. Jana Pawła II 201		
telefon/ telefony:	18 20 73 591		
identyfikator REGON	491984964		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SAMODZIELNY GMINNY OSRODEK ZDROWIA W BIAŁYM DUNAJCU		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁY DUNAJEC, 34-425, JANA PAWŁA II 201		
telefon/ telefony	18 20-735 91		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 146		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ZESPÓŁ PRZYCHODNI I OŚRODKÓW ZDROWIA-KRZESZOWICKIE CENTRUM ZDROWIA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRZESZOWICE, 32-065, ul. Legionów Polskich 30		
telefon/ telefony:	12 28 20 401		
identyfikator REGON	357101150		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRZESZOWICE, 32-065, Legionów Polskich 30		
telefon/ telefony	122820287		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 147		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BAŁTYCKA" S.C. D.LUDWIN, M.SEMPER		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-214, ul. Bałtycka 3		
telefon/ telefony:	124153100		
identyfikator REGON	357078830		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-214, Bałtycka 3		
telefon/ telefony	124153100		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 148		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WIEJSKI OŚRODEK ZDROWIA W LEŚNICY-GRONIU		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LEŚNICA, 34-406, ul. Szkolna 3		
telefon/ telefony:	182656144		
identyfikator REGON	491991131		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej WOZ w Leśnicy-Groniu Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LEŚNICA, 34-406, Szkolna 3		
telefon/ telefony	18 26 561 44/ 18 26 348 38		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 149		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKALE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAŁA, 32-043, ul. Słomnicka 69		
telefon/ telefony:	12 38 91 005		

identyfikator REGON	357046706		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Przychodnia Rejonowa w Skale		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAŁA, 32-043, ul.Słomnicka 69		
telefon/ telefony	123890000		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Ośrodek Zdrowia w Cianowicach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CIANOWICE, 32-043, ul. Krakowska 250		
telefon/ telefony	660 724 045		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 150		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PROFILAKTYKA I TERAPIA - LEKARSKA PRAKTYKA GRUPOWA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-053, ul. Kronikarza Galla 24		
telefon/ telefony:	12 63 72 568, 12 63 72 971		
identyfikator REGON	357077859		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-053, KRONIKARZA GALLA 24		
telefon/ telefony	126372971		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 151		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SPÓŁKA LEKARSKA NA KOZŁÓWCE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-664, ul. Na Kozłówce 29		
telefon/ telefony:	12 65 81 611		
identyfikator REGON	357077658		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-664, Na Kozłówce 29		
telefon/ telefony	126581611		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-552, Wielicka 76 b		
telefon/ telefony	12 65 81 611		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 152		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	LUB-MED OLGA CZARNECKA-MIRGOS, TOMASZ MIRGOS S.C.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LUBIEŃ, 32-433, 475		
telefon/ telefony:	18 26 82 012		
identyfikator REGON	357095142		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LUBIEŃ, 32-433, 475		
telefon/ telefony	182682012		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 153		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SUŁOSZOWEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUŁOSZOWA, 32-045, ul. Bankowa 6		
telefon/ telefony:	12 38 96 054		

identyfikator REGON	357101894		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUKNT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUŁOSZOWA, 32-045, BANKOWA 6		
telefon/ telefony	123896054		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 154		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWYM WIŚNICZU		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY WIŚNICZ, 32-720, ul. Podzamcze 4		
telefon/ telefony:	14 61 28 792, 14 61 28 755		
identyfikator REGON	851763101		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Rejonowa w Nowym Wiśniczu		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY WIŚNICZ, 32-720, Podzamcze 4		
telefon/ telefony	146128792		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 155		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LISZKACH		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LISZKI, 32-060, 427		
telefon/ telefony:	12 28 06 009		
identyfikator REGON	357102310		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LISZKACH		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LISZKI, 32-060, 427		
telefon/ telefony	123067077		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 156		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUCHA BESKIDZKA, 34-200, ul. Adama Mickiewicza 56		
telefon/ telefony:	33 8741833		
identyfikator REGON	357101701		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUCHA BESKIDZKA, 34-200, Mickiewicza 56		
telefon/ telefony	338741833		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 157		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W TRZYCIĄŻU		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZYCIĄŻ, 32-353, ul. Zdrowa 6		
telefon/ telefony:	12 38 94 023		
identyfikator REGON	357108301		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZYCIĄŻ, 32-353, Zdrowa 6		
telefon/ telefony	123894023		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 158		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁOSOSINIE DOLNEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOSOSINA DOLNA, 33-314, 170		
telefon/ telefony:	18 444800		
identyfikator REGON	491992834		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁOSOSINIE DOLNEJ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOSOSINA DOLNA, 33-314, 170		
telefon/ telefony	184448008		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 159		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	KLIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-898, ul. ks. Jerzego Popiełuszki 42		
telefon/ telefony:	126585808		
identyfikator REGON	357082582		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Stary Bieżanów"		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-898, Henryka Sucharskiego 62		
telefon/ telefony	126585808		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 160		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA NA WZGÓRZACH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-721, os. Na Wzgórzach 1		
telefon/ telefony:	12 68 14 727		
identyfikator REGON	357087421		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień-Przychodnia na Wzgórzach		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-721, Na Wzgórzach 1		
telefon/ telefony	12 68 14 727		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 161		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNE CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH W LISIEJ GÓRZE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LISIA GÓRA, 33-140, ul. Henryka Sucharskiego 3 A		
telefon/ telefony:	14 67 85 277; 14 67 84 999		
identyfikator REGON	851777899		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PORADNIA LEKARZA POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LISIA GÓRA, 33-140, SUCHARSKIEGO 3A		
telefon/ telefony	146784999		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PORADNIA LEKARZA POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STARE ŻUKOWICE, 33-151, 125		
telefon/ telefony	146786608		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 162		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĄBROWA TARNOWSKA, 33-200, ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 23		
telefon/ telefony:	14 64 22 405		
identyfikator REGON	851777155		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĄBROWA TARNOWSKA, 33-200, Marszałka Józefa Piłsudskiego 23		
telefon/ telefony	146422405		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu	19.01.2021		

Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Miejska Przychodnia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĄBROWA TARNOWSKA, 33-200, Pilsudskiego 23		
telefon/ telefony	146422405		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 163		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	COR VITA S.C. MIECZYSŁAW, TERESA CIĘŻAREK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-105, ul. gen. Tadeusza Kościuszki 35		
telefon/ telefony:	12 42 93 535		
identyfikator REGON	351356386		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Cor Vita" Oddział w Gdowie		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GDÓW, 32-420, 331		
telefon/ telefony	122785367		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu	19.01.2021		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 164		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Oświęcimiu		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Garbarska 1		
telefon/ telefony:	33 8444295		
identyfikator REGON	357138472		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Rejonowa Nr 1 - PUNKT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, Żwirki i Wigury 5		
telefon/ telefony	694939150		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Rejonowa Nr 2 - PUNKT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, Czecha 2		
telefon/ telefony	694939150		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Rejonowa Nr 3 - PUNKT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, Słowackiego 1		
telefon/ telefony	694939150		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Rejonowa Nr 4 - PUNKT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, Garbarska 1		
telefon/ telefony	694939150		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 165		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZIEMIAŃSCY SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Jana Pawła II 26		
telefon/ telefony:	18 26 76 929		
identyfikator REGON	492813288		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Poradnia medycyny rodzinnej NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZIEMIAŃSCY SPÓŁKA JAWNA		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA-ZDRÓJ, 34-700, Podhalańska 21D		
telefon/ telefony	182676915		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ERDA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-898, ul. Michała i Stanisława Jaglarzów 27B		
telefon/ telefony:	602608619		
identyfikator REGON	357139537		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Przychodnia Zdrowia Bieżanów		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-898, Ks. Jerzego Popiełuszki 42A		
telefon/ telefony	515839898		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 167		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W OSIEKU		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSIEK, 32-608, ul. Starowiejska 175		
telefon/ telefony:	33 84 58 239		
identyfikator REGON	357155186		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSIEK, 32-608, Starowiejska 175		
telefon/ telefony	338458239		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Lekarski w Głębowicach		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GŁĘBOWICE, 32-608, Oświęcimska 8		
telefon/ telefony	338755421		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 168		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA LESŁAW SZOT		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIMANOWA, 34-600, ul. Józefa Piłsudskiego 12		
telefon/ telefony:	18 3372527		
identyfikator REGON	490524611		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska - Gabinet lekarza POZ		3
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIMANOWA, 34-600, ul. Piłsudskiego 12		
telefon/ telefony	183372527		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 169		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKRZYSZOWIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKRZYSZÓW, 33-156, 645		
telefon/ telefony:	14 67 45 008		
identyfikator REGON	851800368		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKRZYSZÓW, 33-156, 645		
telefon/ telefony	146745008		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 170		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PLEŚNEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PLEŚNA, 33-171, 284		
telefon/ telefony:	14 67 98 110		
identyfikator REGON	851798186		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**4**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PLEŚNA, 33-171, 284		
telefon/ telefony	146798110		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JANOWICE, 33-115, 183		
telefon/ telefony	146799001		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LICHWIN, 33-172, 180A		
telefon/ telefony	146758051		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 171		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W MIECHOWIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW, 32-200, ul. Szpitalna 3		
telefon/ telefony:	41 38 20 297		
identyfikator REGON	357180882		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinety Lekarza Ogólnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW, 32-200, Szpitalna 1F		
telefon/ telefony	413890100		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza Ogólnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW, 32-200, Szpitalna 3		
telefon/ telefony	41 38 30 290		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 172		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MIEJSKA PRZYCHODNIA LEKARSKA NR I - NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, ul. Chemiczna 12		
telefon/ telefony:	146330691		
identyfikator REGON	851793929		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Miejska Przychodnia Lekarska Nr I NZOZ Sp. z o.o.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Chemiczna 12		
telefon/ telefony	146330691		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 173		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"MIEJSKA PRZYCHODNIA LEKARSKA NR III - NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, ul. Wałowa 22		

telefon/ telefony:	14 68 89 022		
identyfikator REGON	851793065		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Wałowa 22		
telefon/ telefony	146889020		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 174		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MIEJSKA PRZYCHODNIA LEKARSKA NR IV NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W TARNOWIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, ul. Osiedle Niepodległości 3A		
telefon/ telefony:	14 68 88 184		
identyfikator REGON	851794099		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Osiedle Niepodległości 3A		
telefon/ telefony	146888185		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 175		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MIEJSKA PRZYCHODNIA LEKARSKA NR 5 SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, ul. Długa 18		
telefon/ telefony:	14 62 42 217		
identyfikator REGON	851792976		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Długa 18		
telefon/ telefony	14 62 42 217		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 176		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ZESPÓŁ PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1		
telefon/ telefony:	14 63 10 210		
identyfikator REGON	851800010		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Mostowa 6		
telefon/ telefony	146324231		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 177		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ KRAKÓW-POŁUDNIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-315, ul. Szwedzka 27		
telefon/ telefony:	122654955		
identyfikator REGON	357182303		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-515, Generała Tadeusza Kutrzeby 4		
telefon/ telefony	122654600		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 178		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA LEKARZY RODZINNYCH JUREK I PARTNERZY		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, al. Mikołaja Kopernika 7		
telefon/ telefony:	18 2646 601		
identyfikator REGON	492029880		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza rodzinnego		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, al. Mikołaja Kopernika 7		
telefon/ telefony	182646160		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 179		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SZKOLNE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-976, os. Osiedle Szkolne 9		
telefon/ telefony:	126442946		
identyfikator REGON	851777095		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Pielęgniarki POZ		**5**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-976, Osiedle Szkolne 9		
telefon/ telefony	126441642		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 180		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	OLSZA II MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-435, ul. Radomska 36		
telefon/ telefony:	12 41 12 644		
identyfikator REGON	357161979		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW-ŚRÓDMIEŚCIE, 31-435, Radomska 36		
telefon/ telefony	124112644		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 181		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	JAGIELLOŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-832, Osiedle Jagiellońskie 1		
telefon/ telefony:	0126480876		
identyfikator REGON	357140316		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Jagiellońskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. - Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-832, Osiedle Jagiellońskie 1		
telefon/ telefony	728427285		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 182		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ "PRAKTIMED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-422, ul. Strzelców 15		
telefon/ telefony:	12 41 14 124; 41 13 382		
identyfikator REGON	357180340		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień NZOZ "PRAKTIMED" Sp. z o. o.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-422, Strzelców 15		
telefon/ telefony	124114124		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 183		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	CM UNIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-131, ul. Młodej Polski 7		
telefon/ telefony:	12 415 81 12		
identyfikator REGON	357197049		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia domowego leczenia tlenem		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-131, Młodej Polski 7		
telefon/ telefony	12415812		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 184		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	KLINIKA KRAKOWSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-322, ul. Józefa Mehoffera 6		
telefon/ telefony:	0126383818		
identyfikator REGON	351385436		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW-KROWODRZA, 31-322, Józefa Mehoffera 6		
telefon/ telefony	126383818		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-350, Zachodnia 5/12A		
telefon/ telefony	122676260		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 185		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kozłówek Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-664, ul. Na Kozłówce 29		
telefon/ telefony:	12 6502016		
identyfikator REGON	357206363		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-664, NA KOZŁÓWCE 29		
telefon/ telefony	126502016		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-664, NA KOZŁÓWCE 29		
telefon/ telefony	126502026		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 186		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "VITA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZESZCZE, 32-620, ul. Piłsudskiego 6		
telefon/ telefony:	32 21 11 566, 21 10 005		
identyfikator REGON	357201615		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna Nr 2		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZESZCZE, 32-620, Piłsudskiego 6		
telefon/ telefony	32 21 10 005		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 187		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	PORADNIA LEKARZY RODZINNYCH BOREK FAŁĘCKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-389, UL. PROF. BOLESŁAWA WIKTORA WICHERKIEWICZA 23		
telefon/ telefony:	12 25 74 025		
identyfikator REGON	356657365		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ - Niemcewicza		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-424, Juliana Ursyna Niemcewicza 7		
telefon/ telefony	122662710		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 188		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"MEDBUK" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BUKOWNO, 32-332, ul. Zwycięstwa 9		
telefon/ telefony:	32 64 21 033 32 64 60 303		
identyfikator REGON	357078920		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BUKOWNO, 32-332, Zwycięstwa 9		
telefon/ telefony	32 64 21 033		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 189		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"CHIRAMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Orkana 20b		
telefon/ telefony:	18 267 67 54		
identyfikator REGON	492027058		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne w Tymbarku Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TYMBARK, 34-650, 315		
telefon/ telefony	183325220		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 190		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ "ESKULAP" SPÓŁKA CYWILNA EWA MAJDA, BERNARDA PUSZCZEWICZ I MAŁGORZATA WITEK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLKUSZ, 32-300, ul. Króla Kazimierza Wielkiego 28		
telefon/ telefony:	32 64 74 030		
identyfikator REGON	357216261		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Opieki Medycznej ESKULAP - PUNKT SZCZEPIEŃ		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLKUSZ, 32-300, Króla Kazimierza Wielkiego 28		
telefon/ telefony	326474030		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 191		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"OLMED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLKUSZ, 32-300, ul. Zofii Nałkowskiej 1		
telefon/ telefony:	32 64 33 713		
identyfikator REGON	357108382		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLKUSZ, 32-300, Nałkowskiej 1		
telefon/ telefony	326433795		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 192		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "KROMED" S.C.,KROK JÓZEF,WITEK-KROK MARIA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRYBÓW, 33-330, ul. Grunwaldzka 7		
telefon/ telefony:	18 44 50 352		
identyfikator REGON	492040780		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRYBÓW, 33-330, Grunwaldzka 7		
telefon/ telefony	184450352		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 193		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "LANGMED"-SPÓŁKA JAWNA LEKARZA MEDYCYNY STANISŁAW LANGER I LEKARZA STOMATOLOGA ZOFIA WIEK-LANGER		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOBOWA, 38-350, ul. Okrężna 6		
telefon/ telefony:	18 35 14 610		
identyfikator REGON	492041029		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOBOWA, 38-350, Węgierska 25		
telefon/ telefony	183514610		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 194		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MK VERTIGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-002, ul. Prądnicka 10		
telefon/ telefony:	126334033		
identyfikator REGON	120056884		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CMC Cracow Medicum Center Poradnia lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-002, Prądnicka 10		
telefon/ telefony	126334033		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 195		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	TERESA ŚLIWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GOŁKOWICE DOLNE, 33-388, 50		
telefon/ telefony:	18 44 64 131		
identyfikator REGON	490722660		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet zabiegowy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIWNICZNA-ZDRÓJ, 33-350, Ogrodowa 2		
telefon/ telefony	18 44 64 131		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu	19.01.2021		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 196		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	VIRTUSON SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, ul. Wojska Polskiego 14		
telefon/ telefony:	18 26 62 148		
identyfikator REGON	492045323		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza rodzinnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, Wojska Polskiego 14		
telefon/ telefony	182662148		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, Marii Pajerskiej 8A		
telefon/ telefony	185491666		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OCHOTNICA GÓRNA, 34-453, os. Zawady 205		
telefon/ telefony	182624111		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĘTOWNIA, 34-242, 269		
telefon/ telefony	182773005		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 197		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MIEJSKO GMINNE CENTRUM MEDYCZNE "WOL-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLBROM, 32-340, ul. Skalska 22		
telefon/ telefony:	32 64 41 029		
identyfikator REGON	357208244		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza Rodzinnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLBROM, 32-340, Skalska 22		
telefon/ telefony	326441029		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 198		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Pro- med Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-909, os.Na Skarpie 6		
telefon/ telefony:	12 64 49 520, 12 64 41 756		
identyfikator REGON	357186666		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	"Pro-med" Sp. z o. o. PUNKT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-909, os. Na Skarpie 6		
telefon/ telefony	126441756		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 199		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	TOMASZ LISIK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZALOWA, 38-331, 419		
telefon/ telefony:	18 35 23 023		
identyfikator REGON	492009379		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Samodzielny Niepubliczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Szalowej Lisik Tomasz		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZALOWA, 38-331, 419		
telefon/ telefony	183523023		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 200		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BOMED" SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY MEDYCYNY: LUCYNY BRONIEK I ARKADIUSZA JAGŁY		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOBOWA, 38-350, ul. św. Zofii 4		

telefon/ telefony:	18 35 14 444		
identyfikator REGON	492044619		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOBOWA, 38-350, Św.Zofii 4		
telefon/ telefony	183514444		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 201		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOSZYCACH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOSZYCE, 32-130, UL. MONIUSZKI 11		
telefon/ telefony:	41 35 14 010		
identyfikator REGON	357216628		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOSZYCE, 32-130, Moniuszki 11		
telefon/ telefony	413514010		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 202		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA LEKARSKA "MEDYCYNA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ALWERNIA, 32-566, ul. Zbigniewa Gęsikowskiego 16		
telefon/ telefony:	12 28 31 168, 12 28 32 167		
identyfikator REGON	357207173		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA MIEJSKA W ALWERNI		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ALWERNIA, 32-566, GĘSIKOWSKIEGO 16		
telefon/ telefony	122832167		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 203		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ FAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-131, ul. Młodej Polski 7		
telefon/ telefony:	12 63 75 370		
identyfikator REGON	357206050		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-131, Młodej Polski 7		
telefon/ telefony	126375370		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 204		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"CENTRUM MEDYCYNY RODZINNEJ SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY - GRZYWACZ & LIGĘZA & CZEPIEL-PAJERSKA"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, ul. Szaflarska 93 C		
telefon/ telefony:	18 26 40 040		
identyfikator REGON	492045530		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medycyny Rodzinnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, Szaflarska 93 C		
telefon/ telefony	182640040		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 205		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PUBLICZNY SAMODZIELNY OŚRODEK ZDROWIA W ZABAWIE		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZABAWA, 33-133, ul. Bł. Karoliny Kózkówny 83/1		
telefon/ telefony:	14 62 26 012		
identyfikator REGON	851982062		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Zabawie		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZABAWA, 33-133, Bł. Karoliny Kózkówny 83/1		
telefon/ telefony	146226012		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 206		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLKUSZ, 32-300, ul. Króla Kazimierza Wielkiego 110		
telefon/ telefony:	32 6470105		
identyfikator REGON	357226874		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLKUSZ, 32-300, Króla Kazimierza Wielkiego 110		
telefon/ telefony	326470105		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 207		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GRO - MEDICUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-315, ul. Szwedzka 27		
telefon/ telefony:	12 26 96 141		
identyfikator REGON	357067039		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-315, Szwedzka 27		
telefon/ telefony	12 26 96 141		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 208		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GALL - MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-053, ul. Kronikarza Galla 25		
telefon/ telefony:	12 29 47 011		
identyfikator REGON	357209640		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-053, Kronikarza Galla 25		
telefon/ telefony	122947011		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-571, Mogilska 109		
telefon/ telefony	478353971		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu	19.01.2021		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 209		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA ZDROWIA SKAWINA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAWINA, 32-050, ul. ks. Jerzego Popiełuszki 2A		
telefon/ telefony:	122761957		
identyfikator REGON	357223456		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	punkt szczepień		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAWINA, 32-050, Ks.J.Popiełuszki 2a		
telefon/ telefony	122761957		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 210		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BOMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRYBÓW, 33-330, ul. Kościuszki 17		
telefon/ telefony:	18 4452167		
identyfikator REGON	492047078		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "BOMED" Sp. z o.o.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRYBÓW, 33-330, Kościuszki 17		
telefon/ telefony	184450310		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 211		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SALUBRIS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TUCHÓW, 33-170, ul. Zielona 15		
telefon/ telefony:	14 65 30 015		
identyfikator REGON	851803964		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RZEPIENNIK STRZYŻEWSKI, 33-163, 396		
telefon/ telefony	515515509		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SALUBRIS ODDZIAŁ TUCHÓW		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TUCHÓW, 33-170, Zielona 15		
telefon/ telefony	146523301		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 212		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"Centrum Zdrowia Zakliczyn" spółka cywilna Jerzy Woźniak, Paula Kołodziej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAKLICZYN, 32-840, ul. Tarnowska 2		
telefon/ telefony:	14 6653999		
identyfikator REGON	852486721		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Centrum Zdrowia"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAKLICZYN, 32-840, Tarnowska 2		
telefon/ telefony	146653999		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 213		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Paweł Grzywacz		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, ul. Długa 100		
telefon/ telefony:	+48604583864		
identyfikator REGON	070854294		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	LASERMED		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, Krzywa 17		
telefon/ telefony	188880200		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	LASERMED - Gabinet zabiegowy		1

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, Krzywa 17		
telefon/ telefony	188880200		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 214		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA ZDROWIA W SŁOMNIKACH		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SŁOMNIKI, 32-090, ul. św. Jadwigi Królowej 2		
telefon/ telefony:	12 38 81 267		
identyfikator REGON	357372498		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Zdrowia w Słomnikach		**11**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SŁOMNIKI, 32-090, św. Jadwigi Królowej 2		
telefon/ telefony	123882999		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 215		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ZBIGNIEW LIPTAK NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ KOSSOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 34-114, ul. Ceglarska 19C		
telefon/ telefony:	33 879 20 06		
identyfikator REGON	356284177		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOSSOWA, 34-114, 15		
telefon/ telefony	338792006		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 216		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GABINET LEKARSKI KRYSTYNA KOCAŃDA-ŁAPCZYŃSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MANIOWY, 34-436, ul. Juliusza Słowackiego 5		
telefon/ telefony:	18 2751886		
identyfikator REGON	387407078		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego GABINET LEKARSKI KRYSTYNA KOCAŃDA-ŁAPCZYŃSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĘBNO, 34-434, Długa 76		
telefon/ telefony	182751886		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 217		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Świątnikach Górnych Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŚWIĄTNIKI GÓRNE, 32-040, ul. Krakowska 2		
telefon/ telefony:	12 27 04 899		
identyfikator REGON	357246776		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza Rodzinnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŚWIĄTNIKI GÓRNE, 32-040, Krakowska 2		
telefon/ telefony	122704899		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 218		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŻABNIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻABNO, 33-240, ul. Aleja Piłsudskiego 7		
telefon/ telefony:	14 64 56 557		
identyfikator REGON	852481706		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Rejonowa w Żabnie		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻABNO, 33-240, al. Piłsudskiego 7		
telefon/ telefony	146456570		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gminny Ośrodek Zdrowia w Wietrzychowicach		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIETRZYCHOWICE, 33-270, 2		
telefon/ telefony	0146418008		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 3		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Wiejski Ośrodek Zdrowia Niedomice z siedzibą w Ilkowicach		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ILKOWICE, 33-132, Złota Góra 9		
telefon/ telefony	0146457111		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 219		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Stanisław Szot		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOBIN, 32-100, 91		
telefon/ telefony:	12 38 66 555		
identyfikator REGON	357210940		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Leczniczo-Profilaktyczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ASKLEPIOS"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOBIN, 32-100, 91		
telefon/ telefony	123866555		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 220		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE "KOL-MED" SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W TARNOWIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, pl. Dworcowy 6		
telefon/ telefony:	14 62 76 075, 14 62 13 848		
identyfikator REGON	010649508		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Plac Dworcowy 6		
telefon/ telefony	146276075 146213848		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 221		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	MAREK LEWEK Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia w Szymbarku		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZYMBARK, 38-311, 574		
telefon/ telefony:	18 35 13 162		
identyfikator REGON	492700740		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia Szymbark		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZYMBARK, 38-311, 574		
telefon/ telefony	183513162		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 222		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	CENTRE DE LA VISION SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-033, ul. Henryka Sienkiewicza 34		
telefon/ telefony:	12 63 30 363		
identyfikator REGON	357887140		

Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-033, Henryka Sienkiewicza 34		
telefon/ telefony	12 63 30 363		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 223		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDICUM PETLIC LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWODWORZE, 33-112, 70		
telefon/ telefony:	14 67 95 124		
identyfikator REGON	852507469		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUM" Petlic L.s.p. Ośrodek Zdrowia w Nowodworzu		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWODWORZE, 33-112, 70		
telefon/ telefony	14 67 95 124		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUM" Petlic L.s.p. Ośrodek Zdrowia w Woli Rzędzińskiej		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLA RZĘDZIŃSKA, 33-150, 184a		
telefon/ telefony	14 67 92 194		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 224		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"PRZYCHODNIA" E.MACIOŁ SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Poniatowskiego 6		
telefon/ telefony:	18 2676515		
identyfikator REGON	492712140		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Medycyny Rodzinnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA - ZDRÓJ, 34-700, Poniatowskiego 6		
telefon/ telefony	182676515		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 225		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Helena Mazurkiewicz NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK ZDROWIA "MAZ MED" INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOSZCZENICA, 38-321, ul. Gorlicka 185		
telefon/ telefony:	18 35 41 885		
identyfikator REGON	492722427		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOSZCZENICA, 38-321, Gorlicka 185		
telefon/ telefony	183541885		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 226		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Aleksander Więcek		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ROŻNÓW, 33-316, 406		
telefon/ telefony:	18 44 03 022		
identyfikator REGON	490571540		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Praktyka lekarza rodzinnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ROŻNÓW, 33-316, 406		
telefon/ telefony	184403022		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 227		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ EVAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GORLICE, 38-300, ul. Władysława Broniewskiego 9		
telefon/ telefony:	18 35 27 433		
identyfikator REGON	362232170		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet zabiegowy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GORLICE, 38-300, Władysława Broniewskiego 9		
telefon/ telefony	183527433		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 228		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ "SANA-MED" S.C." JOLANTA BARCZYK-DANECKA,LESZEK DANECKI,DOROTA MARZEC,MARTA SZYDEK-KAWECKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLKUSZ, 32-300, ul. gen. Stefana Buchowieckiego 15A		
telefon/ telefony:	32 41 17 111		
identyfikator REGON	356367762		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLKUSZ, 32-300, gen. Buchowieckiego 15A		
telefon/ telefony	501605410		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 229		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "UMAMED" SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY : URSZULI RYDAROWSKIEJ-POLIŃSKIEJ I ANDRZEJA SOKOŁOWSKIEGO		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GORLICE, 38-300, ul. Słoneczna 11		
telefon/ telefony:	183546900		
identyfikator REGON	492728341		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GORLICE, 38-300, Słoneczna 11		
telefon/ telefony	183546900		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 230		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"ARS MEDICA" SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY GRZEGORZA ORCHELA I ROBERTA TENEROWICZA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GORLICE, 38-300, ul. Władysława Jagiełły 10		
telefon/ telefony:	18 3536597		
identyfikator REGON	492728329		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarski POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GORLICE, 38-300, Władysława Jagiełły 10		
telefon/ telefony	183536597		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 231		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Krystyna Bałon		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GORLICE, 38-300, ul. Fryderyka Chopina 5		
telefon/ telefony:	18 3535364		
identyfikator REGON	492733448		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GORLICE, 38-300, Fryderyka Chopina 5		
telefon/ telefony	183535364		

Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu	19.01.2021		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 232		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BARCICE, 33-342, 422		
telefon/ telefony:	18 4466067		
identyfikator REGON	380073444		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BARCICE, 33-342, 422		
telefon/ telefony	501527560		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WYSOWA-ZDRÓJ, 38-316, 109		
telefon/ telefony	183530262		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 233		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WIELOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELOGŁOWY, 33-311, 45		
telefon/ telefony:	18 44 32 510		
identyfikator REGON	365469027		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza internisty		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELOGŁOWY, 33-311, 45		
telefon/ telefony	184432510		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 234		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	HARAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SPYTKOWICE, 34-745, 26		
telefon/ telefony:	18 26 88 581		
identyfikator REGON	383415767		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Medycyny Rodzinnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SPYTKOWICE, 34-745, 26		
telefon/ telefony	182688581		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 235		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ Danuta Mrażek		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KASINKA MAŁA, 34-734, 822		
telefon/ telefony:	18 33 13 031		
identyfikator REGON	490055702		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza POZ Kasinka Mała MEDYCYNA RODZINNA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KASINKA MAŁA, 34-734, 822		
telefon/ telefony	183313031		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza POZ Raba Niżna MEDYCYNA RODZINNA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABA NIŻNA, 34-730, 218		
telefon/ telefony	183316060		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 236		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	BULEK - MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CZARNY DUNAJEC, 34-470, ul. Ignacego Mościckiego 5		
telefon/ telefony:	18 26 57 010		
identyfikator REGON	385260547		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PORADNIA LEKARZA POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIEKIELNIK, 34-472, 129 C		
telefon/ telefony	182639099		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 237		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Elżbieta Zielińska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SĘKOWA, 38-307, 323		
telefon/ telefony:	18 35 18 092		
identyfikator REGON	492828901		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	nzoz Sękowa		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SĘKOWA, 38-307, 323		
telefon/ telefony	183518092		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 238		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	BEATA BRYJA, HUBERT BRYJA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KLIKUSZOWA, 34-404, 40 A		
telefon/ telefony:	18 2651424		
identyfikator REGON	492828019		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Medycyny Rodzinnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KLIKUSZOWA, 34-404, 40a		
telefon/ telefony	182651424		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 239		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GMINIE NOWY TARG MAŁGORZATA KOZIOŁ, MICHALINA ŚLEMP, IRENA GROMNICKA-JOPEK SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LUDŹMIERZ, 34-471, ul. Podhalańska 2		
telefon/ telefony:	18 26 55 524		
identyfikator REGON	492836852		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego w Ludźmierzu		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LUDŹMIERZ, 34-471, Podhalańska 2		
telefon/ telefony	182655524		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego w Ostrowsku		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTROWSKO, 34-431, Za Potokiem 2		
telefon/ telefony	182653923		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego w Nowej Białej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWA BIAŁA, 34-433, Główna 5		
telefon/ telefony	182851323		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego w Gronkowie		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRONKÓW, 34-400, 207		
telefon/ telefony	182656037		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 240		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCYNY RODZINNEJ GNOJNIK I SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GNOJNIK, 32-864, 537		
telefon/ telefony:	14 68 69 965		
identyfikator REGON	120046070		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medycyny Rodzinnej Gnojnik		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GNOJNIK, 32-864, 537		
telefon/ telefony	146869965		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 241		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDIC S.C.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TYLMANOWA, 34-451, os. Bliszcze 223		
telefon/ telefony:	18 262 50 26		
identyfikator REGON	492836438		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia ogólna		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TYLMANOWA, 34-451, os. Bliszcze 223		
telefon/ telefony	182625026		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 242		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "LEGE ARTIS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIECZ, 38-340, ul. Przedmieście Dolne 167		
telefon/ telefony:	13 4470044		
identyfikator REGON	369230636		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zakład Opieki Zdrowotnej "Lege ARTIS"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIECZ, 38-340, Przedmieście Dolne 167		
telefon/ telefony	134470044		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 243		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PROMED P.ŁACH R.GŁOWACKI SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-513, ul. Olszańska 5G		
telefon/ telefony:	0126498552		
identyfikator REGON	356678232		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne Promed		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-411, Nad Strugą 7		
telefon/ telefony	124151101		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 244		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szerzynach		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZERZYNY, 38-246, 26		
telefon/ telefony:	14 65 17 268		
identyfikator REGON	370477936		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Gabinet lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZERZYNY, 38-246, 26		
telefon/ telefony	146517268		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 245		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	KOPALNIA SOLI "WIELICZKA" TRASA TURYSTYCZNA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, park Kingi 10		
telefon/ telefony:	12 27 87 375		
identyfikator REGON	351197769		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Leczenia i Rehabilitacji		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, Park Kingi 1 budynek I		
telefon/ telefony	122787368		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 246		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	JARACZ,OKIŃCZYC,PACIORKOWSKA-MIELCZAREK,WARECKA-LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-135, UL. STEFANA BATOREGO 3		
telefon/ telefony:	12 63 38 828		
identyfikator REGON	356595635		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	"TWÓJ LEKARZ" - LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-135, STEFANA BATOREGO 3		
telefon/ telefony	+48126338828		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 247		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	EMANUEL KAPAŁA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PAŁECZNICA, 32-109, ul. Francuska 10		
telefon/ telefony:	413848006		
identyfikator REGON	072705368		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PAŁECZNICA, 32-109, Francuska 10		
telefon/ telefony	413848006		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 248		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Izabela Wróblewska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZABORÓW, 32-821, 90		
telefon/ telefony:	14 671 52 52		
identyfikator REGON	852530178		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Izabela Wróblewska - Poradnia Medycyny Rodzinnej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZABORÓW, 32-821, 90		
telefon/ telefony	146715252		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 249		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Anna Maria Trawińska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAWICA, 34-221, 448		
telefon/ telefony:	33 87 75 313		
identyfikator REGON	852544588		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Skawicy Anna Trawińska		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAWICA, 34-221, 448		
telefon/ telefony	338775313		

Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 250		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	STAROSĄDECKI NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STARY SĄCZ, 33-340, ul. KRÓLOWEJ JADWIGI 20		
telefon/ telefony:	18 44 61 171		
identyfikator REGON	492910442		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Starosądecki Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ESKULAP" Sp. z o.o.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STARY SĄCZ, 33-340, Królowej Jadwigi 20		
telefon/ telefony	662576288		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 251		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"HIPOKRATES" S.KRÓLICKI-J.ŚLIFIRSKI SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KĘTY, 32-650, ul. Henryka Sienkiewicza 13		
telefon/ telefony:	33 84 75 800		
identyfikator REGON	356755464		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ "HIPOKRATES"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KĘTY, 32-650, Henryka Sienkiewicza 13		
telefon/ telefony	33 84 75 800		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 252		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Magdalena Lepiarczyk		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-644, ul. Romana Dmowskiego 9		
telefon/ telefony:	501 434 641		
identyfikator REGON	356757948		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Eskulap		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MORAWICA, 32-084, Aleksandrowice 133		
telefon/ telefony	122856234		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu	19.01.2021		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 253		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ESCULAP ANNA TOKARCZYK ADAM GĘBKA SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MUSZYNA, 33-370, UL. ZEFIRKA 6		
telefon/ telefony:	18 47 77 819		
identyfikator REGON	492933874		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	GABINET LEKARZA POZ		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MUSZYNA, 33-370 , ZEFIRKA 6		
telefon/ telefony	184777819		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 254		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Halina Szczerbińska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IWKOWA, 32-861, 609		
telefon/ telefony:	14 68 44 310		
identyfikator REGON	850123397		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IWKOWA, 32-861, 458		
telefon/ telefony	146844310		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 255		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Barbara Szczodrowska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĄCKO, 33-390, 565		
telefon/ telefony:	18 4446666		
identyfikator REGON	490717267		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej NZOZ - Praktyka Lekarza Rodzinnego Barbara Szczodrowska		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĄCKO, 33-390, 662		
telefon/ telefony	184446666		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 256		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZUROWA, 32-820, ul. Rynek 1		
telefon/ telefony:	14 67 14 777		
identyfikator REGON	122598744		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ MEDYK Sp.z o.o.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZUROWA, 32-820, Rynek 1		
telefon/ telefony	146714777		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 257		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA ZDROWIA RODZINY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-236, al. 29 Listopada 178A		
telefon/ telefony:	126654285		
identyfikator REGON	356820380		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-236, al. 29 Listopada 178A		
telefon/ telefony	126654285		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 258		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZY BASENIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ANDRYCHÓW, 34-120, al. Aleja Adama Wietrznego 3		
telefon/ telefony:	338704990		
identyfikator REGON	356819365		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PRZY BASENIE" Sp. z o.o.		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ANDRYCHÓW, 34-120, Aleja Adama Wietrznego 3		
telefon/ telefony	338704990		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 259		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Mirosław Lejawka NZOZ MIROMED Poradnia Medycyny Rodzinnej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JURKÓW, 32-860, 379/3		
telefon/ telefony:	14 68 42 202		
identyfikator REGON	850525316		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza Rodzinnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JURKÓW, 32-860, 379/3		
telefon/ telefony	146842202		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 260		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	Dariusz Drożdż "DARMED"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CZCHÓW, 32-860, ul. Sądecka 183		
telefon/ telefony:	14 68 43 090		
identyfikator REGON	851701850		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "DARMED"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CZCHÓW, 32-860, Sądecka 183		
telefon/ telefony	146843090		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia medycyny rodzinnej w Czchowie Filia w Złotej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZŁOTA, 32-859, -		
telefon/ telefony	146639009		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 261		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ESKULAP MAŁGORZATA KLIMCZAK, KRYSTIAN KWAŚNIOWSKI SPÓŁKA CYWILNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZAWNICA, 34-460, ul. Jana Wiktora 17 A		
telefon/ telefony:	18 26 22 219		
identyfikator REGON	492952050		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ESKULAP" s.c.		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZAWNICA, 34-460, Jana Wiktora 17a		
telefon/ telefony	182622219		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 262		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	FIZJOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKRZYDLNA, 34-625, 287		
telefon/ telefony:	69 40 84 052		
identyfikator REGON	492951576		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZYRZYC, 34-623, 188		
telefon/ telefony	183320400		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 263		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CERTUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, ul. Drogowców 5		
telefon/ telefony:	12 27 25 670		
identyfikator REGON	356858796		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "CERTUS" filia w Myślenicach ul. Jagiełły 1		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, Władysława Jagiełły 1		
telefon/ telefony	123127120		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "CERTUS"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, Drogowców 5		
telefon/ telefony	122725670		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 264		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	DOCTUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, ul. Słoneczna 32		
telefon/ telefony:	12 27 24 650		
identyfikator REGON	356868524		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	DOCTUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MYŚLENICE, 32-400, Szpitalna 2		
telefon/ telefony	531161255		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 265		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	KADŁUCZKA SŁAWOMIR NZOZ "CENTRUM PROMOCJI I OCHRONY ZDROWIA"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAGÓRZE, 32-555, ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 226		
telefon/ telefony:	32 61 34 963		
identyfikator REGON	351369012		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy nr 1		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BABICE, 32-551, JANA GOŁĄBA 1		
telefon/ telefony	326134101		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PSARY, 32-545, WSPÓLNA 6		
telefon/ telefony	326115105		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 266		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Wiesław Dudziński		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTRÓW, 33-122, 77		
telefon/ telefony:	505 132 102		
identyfikator REGON	850265536		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej INMED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEDLISKA, 33-172, 231A		
telefon/ telefony	146527200		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 267		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 02-676, ul. Postępu 21 C		
telefon/ telefony:	224504500		
identyfikator REGON	140723603		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**4**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-392, Opolska 114		
telefon/ telefony	223322888		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-418, Księdza Józefa Tischnera 8		
telefon/ telefony	223322888		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-415, Wadowicka 8W		
telefon/ telefony	223322888		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-216, Andrzeja Frycza-Modrzewskiego 2		
telefon/ telefony	223322888		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 268		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZEDSIĘBIORSTWO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH I PROMOCJI ZDROWIA ELVITA-JAWORZNO III SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JAWORZNO, 43-600, ul. Gwarków 1		
telefon/ telefony:	32 7549411		
identyfikator REGON	276223418		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ELVITA NZOZ GÓRNICZY ZAKŁAD LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO W LIBIĄŻU		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIBIĄŻ, 32-590, GÓRNICZA 5		
telefon/ telefony	32 624 21 36, 32 627 04 51		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień ELVITA SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MULTIMED" PRZYCHODNIA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, CHEMIKÓW 5		
telefon/ telefony	33 8449396		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu	19.01.2021		
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŚWIĘCIM, 32-600, Chemików 5		
telefon/ telefony	33 8449381		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień - ELVITA NZOZ TRZEBINIA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZEBINIA, 32-540, HARCERSKA 13		
telefon/ telefony	32 6121002		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu	19.01.2021		
Miejsce udzielania świadczeń 5		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZEBINIA, 32-540, HARCERSKA 13		
telefon/ telefony	32 6121002		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 269		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie SPZOZ**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3		
telefon/ telefony:	+48 12 63 08 301		
identyfikator REGON	351506868		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	**5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie SPZOZ**	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3		
telefon/ telefony	tel: +48 12 36 08 022		

Data dodania do wykazu	30.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Zabiegowy		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-901, Wrocławska 1-3		
telefon/ telefony	+48126308323		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 270		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**INSTYTUT GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 01-138, ul. Płocka 26		
telefon/ telefony:	224312428		
identyfikator REGON	000288490		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień INSTYTUT GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Prof. Jana Rudnika 3B		
telefon/ telefony	0182676060		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	INSTYTUT GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Prof. Jana Rudnika 3B		
telefon/ telefony	0182676060		
Data dodania do wykazu	11.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 271		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	nMedica Spółka Cywilna Krzysztof Nachel, Sebastian Nachel		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, ul. Parkowa 2.		
telefon/ telefony:	14 628 41 43		
identyfikator REGON	852752594		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia medycyny pracy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Juliusza Słowackiego 33-37		
telefon/ telefony	14 628 41 83		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 272		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej AIMED Spółka Cywilna Małgorzta Moos, Paweł Kowalski		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRZESZOWICE, 32-065, ul. Żbicka 13		
telefon/ telefony:	12 28 28 982		
identyfikator REGON	356869771		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej AIMED Podstawowa Opieka Zdrowotna		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRZESZOWICE, 32-065, Żbicka 13		
telefon/ telefony	122828982		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu	19.01.2021		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 273		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDEA spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MICHAŁOWICE, 32-091, ul. Krakowska 229		
telefon/ telefony:	12 38 85 699		
identyfikator REGON	356878008		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza Rodzinnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MICHAŁOWICE, 32-091, Krakowska 229		
telefon/ telefony	123885199		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 274		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Jolanta Wiśniecka -Tyrawa		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, ul. Adama Mickiewicza 10/CD		

telefon/ telefony:	601 426 590		
identyfikator REGON	120020886		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	WIELMED NZOZ Lekarze Rodzinni		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, Adama Mickiewicza 10 c, d		
telefon/ telefony	122890330		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 275		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Krzysztof Niżnik		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIDZINA, 34-236, 797		
telefon/ telefony:	18 26 73 187		
identyfikator REGON	490399710		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKAŁD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK ZDROWIA W SIDZINIE - Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIDZINA, 34-236, 721		
telefon/ telefony	182673187		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 276		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Marek Jaworski		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSIELEC, 34-234, 540		
telefon/ telefony:	18 2773907		
identyfikator REGON	490177820		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Osielcu		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSIELEC, 34-234, 540		
telefon/ telefony	182773907		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 277		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	INTERCARD SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-514, al. Aleja płk. Władysława Beliny-Prażmowskiego 60		
telefon/ telefony:	126262024		
identyfikator REGON	120040222		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zespół Poradni Specjalistycznych w Nowym Sączu		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, Jana Kilińskiego 68		
telefon/ telefony	185400200		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 278		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ROPA, 38-312, 680		
telefon/ telefony:	18 3534120		
identyfikator REGON	369747492		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ROPA, 38-312, 680		
telefon/ telefony	183534120		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 279		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	EWA BUGAJSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, UL. BOLESŁAWA SZPUNARA 20A		
telefon/ telefony:	601 860 740		
identyfikator REGON	351409906		

Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, Bolesława Szpunara 20A		
telefon/ telefony	724179020		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 280		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ARKADIUSZ STRUS EUROMED NZOZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, ul. Bolesława Szpunara 19		
telefon/ telefony:	12 27 84 000		
identyfikator REGON	350993122		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, Bolesława Szpunara 19		
telefon/ telefony	122784000		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 281		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDIKARTE - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOCHNIA, 32-700, ul. Proszowska 1		
telefon/ telefony:	14 61 05 359		
identyfikator REGON	120209595		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOCHNIA, 32-700, PROSZOWSKA 1		
telefon/ telefony	146105359		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 282		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Zuzanna Rejowska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STARY SĄCZ, 33-340, ul. Mickiewicza 39		
telefon/ telefony:	18 44 63 346		
identyfikator REGON	120213929		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GOŁKOWICE GÓRNE, 33-340, 119		
telefon/ telefony	184463346		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 283		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MIROSŁAWA FRANKOWSKA-MAJCHRZAK I ANNA GALICA SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, os. Wincentego Witosa 12/1		
telefon/ telefony:	18 26 11 758		
identyfikator REGON	120331623		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, Wojska Polskiego 14		
telefon/ telefony	182611758		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 284		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Przychodnia Lekarska - Anna Galica i Wspólnicy - Spółka Jawna		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BUKOWINA TATRZAŃSKA, 34-530, ul. Kościuszki 45 a		
telefon/ telefony:	18 20 77 521		
identyfikator REGON	120321576		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BUKOWINA TATRZAŃSKA, 34-530, Kościuszki 11		2
telefon/ telefony	182077201		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PORONIN, 34-520, Józefa Piłsudskiego 101		
telefon/ telefony	182077201		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 285		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	OŚRODEK ZDROWIA - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SZCZUROWEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZUROWA, 32-820, ul. Rynek 3		
telefon/ telefony:	14 67 13 131		
identyfikator REGON	120509067		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szczurowej		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZUROWA, 32-820, Rynek 3		
telefon/ telefony	146713131		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 286		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"SZPITAL MIEJSKI W RABCE-ZDROJU" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Słoneczna 3		
telefon/ telefony:	18 26 77 001		
identyfikator REGON	120480323		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Izba Przyjęć Szpital w Rabce Punkt Szczepień		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABKA ZDRÓJ, 34-700, ul. Słoneczna 3		
telefon/ telefony	512283247		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 287		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Tadeusz Magiera		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIPINKI, 38-305, 52		
telefon/ telefony:	13 447 70 19		
identyfikator REGON	370131758		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno - zabiegowy		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRYG, 38-305, 446		
telefon/ telefony	134479003		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 288		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"ZDROWIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAWOJA, 34-222, 1580		
telefon/ telefony:	33 87 75 003		
identyfikator REGON	120525296		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" Spółka z o.o.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAWOJA, 34-222, 1580		
telefon/ telefony	338775003		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 289		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM ZDROWIA TUCHÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TUCHÓW, 33-170, ul. Szpitalna 1		
telefon/ telefony:	14 65 35 100		
identyfikator REGON	120446616		

Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CENTRUM ZDROWIA TUCHÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TUCHÓW, 33-170, ul. Szpitalna 1		
telefon/ telefony	14 65 35 100		
Data dodania do wykazu	11.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TUCHÓW, 33-170, Kolejowa 8B		
telefon/ telefony	146535101		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIERZCHOSŁAWICE, 33-122, 39B		
telefon/ telefony	533329632		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CIĘŻKOWICE, 33-190, Zdrowa 1		
telefon/ telefony	533329632		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 290		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ROMED" Lucyna Figura		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZYNY, 33-164, 574		
telefon/ telefony:	14 65 32 630		
identyfikator REGON	852536442		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ROMED"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZYNY, 33-164, 574		
telefon/ telefony	146532630		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 291		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	LARMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-548, ul. Lwowska 17/1		
telefon/ telefony:	12 65 63 014		
identyfikator REGON	356871868		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-548, Lwowska 17/1 i 2		
telefon/ telefony	126563014		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 292		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Praktyka Lekarzy Małgorzata Jordan i Ewa Majcherek Jaworska Spółka Cywilna		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLA RADZISZOWSKA, 32-053, 590		
telefon/ telefony:	12 27 54 123		
identyfikator REGON	120630426		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Praktyka Lekarzy Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia s.c. Wola Radziszowska		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLA RADZISZOWSKA , 32-053, 590		
telefon/ telefony	122754123		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 293		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	Wojciech Sikora		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MAKÓW PODHALAŃSKI, 34-220, ul. 3 Maja 45a		
telefon/ telefony:	18 28 73 225		
identyfikator REGON	492924970		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TOPORZYSKO, 34-240, 250 250		
telefon/ telefony	182873225		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 294		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ PROFAMILIA MARIUSZ PLICHTA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PORĄBKA USZEWSKA, 32-854, 301		
telefon/ telefony:	14 66 56 780		
identyfikator REGON	852528247		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ PROFAMILIA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PORĄBKA USZEWSKA, 32-854, 301		
telefon/ telefony	146656780		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 295		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	QUEEN MEDICINE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-036, ul. Halicka 10		
telefon/ telefony:	0122627878		
identyfikator REGON	120452433		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-476, Bosaków 11		
telefon/ telefony	122627878		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 296		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	COMARCH HEALTHCARE SPÓŁKA AKCYJNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-864, al. Jana Pawła II 39A		
telefon/ telefony:	12 39 44 100		
identyfikator REGON	120652221		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	imed24 Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-864, PROF. MICHAŁA ŻYCZKOWSKIEGO 29		
telefon/ telefony	123763131		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 297		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	LESZEK ERB		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JORDANÓW, 34-240, ul. 3 Maja 2A		
telefon/ telefony:	18 26 75 519		
identyfikator REGON	490810950		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia w Jordanowie"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JORDANÓW, 34-240, 3-go maja 2a		
telefon/ telefony	182675519		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 298		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SPECJALMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOBCZYCE, 32-410, ul. Zarabie 35C		
telefon/ telefony:	508329635		
identyfikator REGON	120778092		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOBCZYCE, 32-410, Zarabie 35c		
telefon/ telefony	508329634		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIŚNIOWA, 32-412, 317		
telefon/ telefony	508329634		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RACIECHOWICE, 32-415, 330		
telefon/ telefony	508329634		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KASINKA MAŁA, 34-734, 822		
telefon/ telefony	508329634		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 298		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Jarosław Zachara		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BORZĘCIN, 32-825, 87B		
telefon/ telefony:	14 68 46 009		
identyfikator REGON	850509056		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BORZĘCIN, 32-825, 87b		
telefon/ telefony	146846009		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 300		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	HOLI-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĘBNO, 32-852, 380		
telefon/ telefony:	14 66 50 145		
identyfikator REGON	120547582		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	HOLI - MED Sp.z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĘBNO, 32-852, 380		
telefon/ telefony	146650145		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 301		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	STANISŁAW SYNOWIEC PRZYCHODNIA ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRZESZÓW, 34-206, 217		
telefon/ telefony:	+48338748175		
identyfikator REGON	385188548		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia medycyny rodzinnej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRZESZÓW, 34-206, 217		
telefon/ telefony	338748175		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 302		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ KROWODRZA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-261, ul. Rusznikarska 17		
telefon/ telefony:	501270999		
identyfikator REGON	382971176		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ KROWODRZA - Poradnia ogólna		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-261, Rusznikarska 17		
telefon/ telefony	126324290		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu	19.01.2021		
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-236, Arcybiskupa Zygmunta Szczęsnego Felińskiego 24/LU2		
telefon/ telefony	124421073		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu	19.01.2021		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 303		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MAREK COGIEL		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LACHOWICE, 34-232, Lachowice 195B		
telefon/ telefony:	33 87 48 012		
identyfikator REGON	070782880		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ (NZOZ) PRZYCHODNIA ZDROWIA W LACHOWICACH MAREK COGIEL		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LACHOWICE, 34-232, 195b		
telefon/ telefony	338748012		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 304		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Bożena Małgorzata Polewczyk		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STRYSZAWA, 34-205, 277A		
telefon/ telefony:	33 8747026		
identyfikator REGON	070613886		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia ogólna		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STRYSZAWA, 34-205, 277A		
telefon/ telefony	338747026		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 305		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	EWA JASIŃSKA-KRYCZKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOCMYRZÓW, 32-010, ul. Spółdzielców 3		
telefon/ telefony:	12 64 72 028		
identyfikator REGON	351311461		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Centrum Medyczne "Gastro-Medical"		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOCMYRZÓW, 32-010, Spółdzielców 3		
telefon/ telefony	126472028		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 306		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepołomickie Centrum Medyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NIEPOŁOMICE, 32-005, ul. Janusza Korczaka 1		
telefon/ telefony:	12 281 36 56		
identyfikator REGON	120891316		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	FILIA PRZYCHODNI W PODŁĘŻU Z SIEDZIBĄ W PODGRABIU		**1**

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NIEPOŁOMICE, 32-005, UL. SPORTOWA 1		
telefon/ telefony	122811317		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 307		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	KORMED S.C. Koryczan Leszek, Koryczan Renata		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLA FILIPOWSKA, 32-065, ul. Stolarska 1.		
telefon/ telefony:	12 28 37 023		
identyfikator REGON	120576840		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej KORMED S.C.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLA FILIPOWSKA, 32-065, Stolarska 1		
telefon/ telefony	122837023		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 308		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Ficek Magdalena NZOZ OŚRODEK ZDROWIA w Budzowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BUDZÓW, 34-211, 460		
telefon/ telefony:	33 87 40 008		
identyfikator REGON	356738000		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BUDZÓW, 34-211, 460		
telefon/ telefony	338740008		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 309		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Emka Med mgr Kinga Markowicz		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOSZYCE MAŁE, 33-111, ul. Główna 29		
telefon/ telefony:	14 63 40 030, 14 65 01 111		
identyfikator REGON	850470443		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOSZYCE MAŁE, 33-111, Główna 29		
telefon/ telefony	146501111		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 310		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	LUBOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOCMYRZÓW, 32-010, ul. Wąwozowa 2		
telefon/ telefony:	123872081		
identyfikator REGON	121119859		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LUBOMED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOCMYRZÓW, 32-010, Wąwozowa 2		
telefon/ telefony	12 38 72 081		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 311		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE PROMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOLESŁAW, 32-329, ul. Laskowska 4a		
telefon/ telefony:	32 64 24 147		
identyfikator REGON	121269211		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE PROMED Sp. z o. o. Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOLESŁAW, 32-329, LASKOWSKA 4A		
telefon/ telefony	32 64 24 147		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 312		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MASZKÓW, 32-095, ul. Królewska 49		
telefon/ telefony:	12 38 84 512		
identyfikator REGON	356352602		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ "ESKULAP" - Przychodnia wielospecjalistyczna		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IWANOWICE DWORSKIE, 32-095, Jurajska 27		
telefon/ telefony	123884399		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ "ESKULAP" - Rehabilitacja		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MASZKÓW, 32-095, ul. Królewska 49		
telefon/ telefony	123884512		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 313		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ PRZYCHODNIA RODZINNA S.C.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW, 32-200, ul. Juliusza Słowackiego 13		
telefon/ telefony:	41 383 45 45		
identyfikator REGON	121332843		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Rodzinna s.c.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIECHÓW, 32-200, Juliusza Słowackiego 13		
telefon/ telefony	413834545		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 314		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCYNY RODZINNEJ U.MYSZKA JAKUBOWSKA, M.JAKUBOWSKI, J.JAKUBOWSKI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZCIANA, 32-733, 336		
telefon/ telefony:	14 61 36 005		
identyfikator REGON	121318671		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ CENTRUM MEDYCYNY RODZINNEJ S.C.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZCIANA, 32-733, 336		
telefon/ telefony	146136005		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 315		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ARSMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZCIANA, 32-733, 336		
telefon/ telefony:	14 61 36 764		
identyfikator REGON	121297466		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ ARSMEDICA SP. Z O.O.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZCIANA, 32-733, 336		
telefon/ telefony	146136764		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 316		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE "BATOREGO" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, al. Aleje Stefana Batorego 77		
telefon/ telefony:	18 44 20 006		
identyfikator REGON	120854657		

Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia (gabinet) lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY SĄCZ, 33-300, al. Aleje Stefana Batorego 77		
telefon/ telefony	18 44 20 006		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 317		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	OŚRODEK MEDYCZNY ZDROWIE - PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH SŁAWOMIR BADURA, MARIA TURLEJ-POPIEL SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-426, ul. Józefa Montwiłła-Mireckiego 10/3		
telefon/ telefony:	12 312 82 00		
identyfikator REGON	121367327		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-426, Montwiłła-Mireckiego 10/3		
telefon/ telefony	123128200		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-426, Józefa Montwiłła-Mireckiego 10/3		
telefon/ telefony	12 312 82 00		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 318		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"BERGER I SAJDAK - SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZALASOWA, 33-159, ul. św. Walentego 9/2		
telefon/ telefony:	14 65 42 194		
identyfikator REGON	852622035		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZALASOWA, 33-159, św. Walentego 9/2		
telefon/ telefony	146542194		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 319		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE 4M SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-438, ul. Borkowska 25B/U1		
telefon/ telefony:	+48 12 307 02 21		
identyfikator REGON	121497389		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-141, Krowoderska 17		
telefon/ telefony	12 30 70 221		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 320		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRAKTYKA GRUPOWA PEDIATRYCZNO-INTERNISTYCZNA - LEKARZE E. BAŁUK-SYREK &A.KRZYWOŃ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRZCZONÓW, 32-435, 733		
telefon/ telefony:	122747551		
identyfikator REGON	356383264		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKOMIELNA CZARNA, 32-437, 415		

telefon/ telefony	12 37 32 226		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 321		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	BRONIEK - SETKIEWICZ - LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RYGLICE, 33-160, ul. Tarnowska 21		
telefon/ telefony:	14 65 41 009		
identyfikator REGON	852624028		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RYGLICE, 33-160, TARNOWSKA 21		
telefon/ telefony	146541009		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 322		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ TRES-MED ROGAL-PIECH-WOJTASZEK LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GROMNIK, 33-180, ul. Jana Pawła II 10		
telefon/ telefony:	14 65 14 210		
identyfikator REGON	852726898		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GROMNIK, 33-180, Jana Pawła II 10		
telefon/ telefony	146514210		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 323		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRO VITAE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHOMRANICE, 33-394, 200		
telefon/ telefony:	60 25 58 244		
identyfikator REGON	121130424		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHOMRANICE, 33-394, 10		
telefon/ telefony	184433308		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 324		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NOWOCZESNE CENTRUM MEDYCZNE OKOKLINIK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 01-493, ul. Orlich Gniazd 8/13		
telefon/ telefony:	228619379		
identyfikator REGON	141224658		
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NOWOCZESNE CENTRUM MEDYCZNE OKOKLINIK Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, Topolowa 16		
telefon/ telefony	609155258		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 325		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PAWEŁ CHRUŚCIEL I WSPÓLNICY - SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, os. Wincentego Witosa 8/3		
telefon/ telefony:	18 2001360		
identyfikator REGON	121850704		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MURZASICHLE, 34-531, Sądelska 55		

telefon/ telefony	182001360		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 326		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"PULS Iwulski Ropek s.c." Zdzisław Iwulski, Bogumiła Ropek		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZESKO, 32-800, ul. Legionów Piłsudskiego 27A		
telefon/ telefony:	14 68 53 200		
identyfikator REGON	122445101		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ZOZ PULS MED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZESKO, 32-800, Legionów Piłsudskiego 27A		
telefon/ telefony	146853200		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 327		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ZDROWIE RODZINNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAŁA, 32-043, ul. Bohaterów Września 52		
telefon/ telefony:	883 255 554		
identyfikator REGON	122499551		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAŁA, 32-043, Polna 17		
telefon/ telefony	124426200		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 328		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIE "ESKULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIECZ, 38-340, ul. Tysiąclecia 3		
telefon/ telefony:	13 4471808		
identyfikator REGON	122588906		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia w Bieczu		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIECZ, 38-340, Tysiąclecia 3		
telefon/ telefony	13 4471808		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia w Libuszy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIBUSZA, 38-306, 688		
telefon/ telefony	134475051		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia w Rożnowicach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ROŻNOWICE, 38-323, 326		
telefon/ telefony	13 4476003		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 329		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SANATORIUM UZDROWISKOWE "LEŚNIK-DRZEWIARZ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, ul. Podgórna 1		
telefon/ telefony:	18 4712861		
identyfikator REGON	122586592		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Sanatorium Uzdrowiskowe "LEŚNIK-DRZEWIARZ"		**4**

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, Podgórna 1		
telefon/ telefony	184712861		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 330		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"MG LEKARZE RODZINNI GRUZIEL, MAGDOŃ" SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-612, ul. Przykopy 13		
telefon/ telefony:	607 370 036		
identyfikator REGON	122685199		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW-PODGÓRZE, 30-612, Przykopy 13		
telefon/ telefony	607 370 036		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 331		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NOWA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WADOWICE, 34-100, ul. Emilii i Karola Wojtyłów 19		
telefon/ telefony:	602694045		
identyfikator REGON	122720553		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WADOWICE, 34-100, E i K Wojtyłów 19		
telefon/ telefony	602694045		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 332		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	BONUS-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KAMIONKA WIELKA, 33-334, 253		
telefon/ telefony:	18 44 56 060		
identyfikator REGON	122637533		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Bonus-Med		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KAMIONKA WIELKA, 33-334, 465		
telefon/ telefony	184456060		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 333		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PCIM, 32-432, 1		
telefon/ telefony:	12 27 48 501		
identyfikator REGON	122734242		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PCIM, 32-432, 5		
telefon/ telefony	122748501		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 334		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CARDEA KUCA MALINA LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻUROWA, 38-247, 7		
telefon/ telefony:	14 65 13 685		
identyfikator REGON	122509002		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Rodzinna CARDEA		**1**

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻUROWA, 38-247, 7		
telefon/ telefony	146513685		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 335		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADGOSZCZ, 33-207, pl. św. Kazimierza 3		
telefon/ telefony:	14 641 41 10		
identyfikator REGON	122813059		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADGOSZCZ, 33-207, PLAC ŚW. KAZIMIERZA 3		
telefon/ telefony	146414110		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LUSZOWICE, 33-206, MIELECKA 7		
telefon/ telefony	146413306		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 336		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 02-797, ul. Franciszka Klimczaka 17/80		
telefon/ telefony:	791039499		
identyfikator REGON	146061563		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, Kolejowa 31		
telefon/ telefony	182657488		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY TARG, 34-400, Tysiąclecia 111		
telefon/ telefony	182657488		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MSZANA DOLNA, 34-730, Orkana 10		
telefon/ telefony	182657488		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAKOPANE, 34-500, Chyców Potok 26		
telefon/ telefony	182657488		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 337		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE SZYCE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZYCE, 32-085, Plac Wspólnoty 2		
telefon/ telefony:	12 41 92 010		
identyfikator REGON	122872576		

Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne Szyce		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZYCE, 32-085, Plac Wspólnoty 2		
telefon/ telefony	124192010		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 338		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	VITALIS NOWAK I ŻURAKOWSKI SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZEBINIA, 32-540, ul. Kopernika 25		
telefon/ telefony:	32 620 02 93		
identyfikator REGON	121378220		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TRZEBINIA, 32-540, Kopernika 25		
telefon/ telefony	326200293		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 339		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa		
telefon/ telefony:	+48 18 330 17 00		
identyfikator REGON	000304378		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	**Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego**	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa		
telefon/ telefony	tel. +48 734135535		
Data dodania do wykazu	30.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 340		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE VIS MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-930, Osiedle Centrum C 8		
telefon/ telefony:	604094365		
identyfikator REGON	382468589		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE VISMED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-930, osiedle Centrum C 8		
telefon/ telefony	126421627		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 341		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	FORMED SPÓŁKA CYWILNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WADOWICE, 34-100, ul. Krasińskiego 9A/1		
telefon/ telefony:	531434284		
identyfikator REGON	122937318		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WADOWICE, 34-100, LWOWSKA 93		
telefon/ telefony	338233255		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 342		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE SIEPRAW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEPRAW, 32-447, ul. Jana Pawła II 38		
telefon/ telefony:	12 274 61 22		
identyfikator REGON	123032192		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEPRAW, 32-447, Jana Pawła II 38		

telefon/ telefony	122746122		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 343		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PLUSZYŃSKA JOLANTA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, ul. Wileńska 3		
telefon/ telefony:	604 266 050		
identyfikator REGON	273805462		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JANKOWICE, 32-551, Jana Pawła II 16		
telefon/ telefony	508970221		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 344		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	AMICUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MASZKÓW, 32-095, ul. Prosta 19		
telefon/ telefony:	12 388 41 38, 602 650 400		
identyfikator REGON	122640475		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MASZKÓW, 32-095, Prosta 19		
telefon/ telefony	123884138		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 345		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	INSTYTUT MEDYCYNY INNOWACYJNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-653, ul. Walerego Sławka 3		
telefon/ telefony:	12 254 61 20		
identyfikator REGON	123194925		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne Imicare		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 33-332, Zabłocie 25/4		
telefon/ telefony	123523150		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 346		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SKOPIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-357, ul. Josepha Conrada 79		
telefon/ telefony:	12 446 46 10		
identyfikator REGON	122605823		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-357, Josepha Conrada 79		
telefon/ telefony	604792922		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 347		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	FAMILIA MEDICINA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IWANOWICE WŁOŚCIAŃSKIE, 32-095, ul. ul. Jana Pawła II 23		
telefon/ telefony:	604 503 149		
identyfikator REGON	123227990		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Familia Medicina Gabinet Lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRZYBYSŁAWICE, 32-046, 78		
telefon/ telefony	+48535628912		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 348		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	IGAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-918, Osiedle Hutnicze 8/22		
telefon/ telefony:	32 728 06 06		
identyfikator REGON	123210819		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne IGAMED Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, Oświęcimska 3		
telefon/ telefony	608 277 988		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 349		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Renata Sieja Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UJANOWICE, 34-603, 31		
telefon/ telefony:	18 3334012		
identyfikator REGON	361015619		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UJANOWICE, 34-603, 31		
telefon/ telefony	183334012		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 350		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CM PLUS MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZESKO, 32-800, ul. św. Brata Alberta 6		
telefon/ telefony:	500 844 441		
identyfikator REGON	361510425		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne Plus Medica		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZESKO, 32-800, św. Brata Alberta 6		
telefon/ telefony	500844441		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 351		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PZU ZDROWIE SPÓŁKA AKCYJNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 02-673, ul. Konstruktorska 13		
telefon/ telefony:	225824541		
identyfikator REGON	143343166		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PZU ZDROWIE CENTRUM MEDYCZNE		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TARNÓW, 33-100, Polskiego Czerwonego Krzyża 26		
telefon/ telefony	504-742-221		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 352		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"PRZYCHODNIA RODZINNA" SPÓŁKA JAWNA J.KUTA, A.KORZEC, M.JASIŃSKI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZUCIN, 33-230, ul. Jakuba Przyłuskiego 1		
telefon/ telefony:	14 641 02 20, 721 353 441		
identyfikator REGON	361633671		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	"PRZYCHODNIA RODZINNA" SPÓŁKA JAWNA J.KUTA, A.KORZEC, M.JASIŃSKI		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZUCIN, 33-230, Przyłuskiego 1		
telefon/ telefony	14 641 02 20		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 353		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MALIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SŁOMNIKI, 32-090, ul. Józefa Poniatowskiego 9		

telefon/ telefony:	12 357 67 11		
identyfikator REGON	361748345		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MALIMED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SŁOMNIKI, 32-090, Józefa Poniatowskiego 9		
telefon/ telefony	123576711		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 354		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWTNEJ W GMINIE RABA WYŻNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABA WYŻNA, 34-721, 64		
telefon/ telefony:	18 26 71 013		
identyfikator REGON	363027472		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet zabiegowy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RABA WYŻNA, 34-721, 64		
telefon/ telefony	182671013		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Skawie		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAWA, 34-713, 9		
telefon/ telefony	182686022		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 355		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDYCYNA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-729, ul. Na Zakolu Wisły 12B/LU2		
telefon/ telefony:	608 059 176		
identyfikator REGON	362396776		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Bocheńska		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOCHNIA, 32-700, Krakowska 27		
telefon/ telefony	146116363		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 356		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CLINICARE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-436, ul. Henryka Wieniawskiego 66/34		
telefon/ telefony:	607261197		
identyfikator REGON	363551300		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia chorób wewnętrznych		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-436, Henryka Wieniawskiego 66/34		
telefon/ telefony	607261197		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 357		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"Spółka Gminna Pałecznica" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PAŁECZNICA, 32-109, ul. św. Jakuba 11		
telefon/ telefony:	691964034		
identyfikator REGON	361070357		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Rehabilitacji Pałecznica		**1**

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PAŁECZNICA, 32-109, Małopolska 36		
telefon/ telefony	413848542		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 358		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "CENTRUM MEDYCZNE WARMUZ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KALWARIA ZEBRZYDOWSKA, 34-130, ul. Marii Konopnickiej 18		
telefon/ telefony:	604 594 142		
identyfikator REGON	363306083		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KALWARIA ZEBRZYDOWSKA, 34-130, Marii Konopnickiej 18		
telefon/ telefony	604594142		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 359		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Centrum Medyczne Południe - Rafał Wyrozumski		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, ul. Jana Pęckowskiego 3		
telefon/ telefony:	791 841 010		
identyfikator REGON	366011419		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Rodzinna Południe		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHRZANÓW, 32-500, Jana Pęckowskiego 3		
telefon/ telefony	791841010		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 360		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	KAROLINA WERCHOWIECKA-PARDYGAŁ I TOMASZ PARDYGAŁ SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-698, ul. Rymanowska 7		
telefon/ telefony:	123994960		
identyfikator REGON	368801261		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-394, Skotnicka 230A		
telefon/ telefony	123994960		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 361		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	FUNDACJA POD SKRZYDŁAMI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-698, ul. Matematyków Krakowskich 122A		
telefon/ telefony:	126235979		
identyfikator REGON	364399626		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-418, Zakopiańska 97		
telefon/ telefony	126235979		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 362		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MATEUSZ GAŁUSZKA Ośrodek Zdrowia GAMED		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ROPA, 38-312, 680		
telefon/ telefony:	+48 502 718 774		
identyfikator REGON	241192978		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		**1**

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ROPA, 38-312, 680		
telefon/ telefony	+48502718774		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UŚCIE GORLICKIE, 38-315, 155		
telefon/ telefony	+48502718774		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 363		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ZDROWA HUTA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-914, ul. Wacława Sieroszewskiego 3		
telefon/ telefony:	511456418		
identyfikator REGON	380864631		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zdrowa Huta		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-914, Wacława Sieroszewskiego 3		
telefon/ telefony	604941697		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 364		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GYNCENTRUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KATOWICE, 40-851, ul. Żelazna 1		
telefon/ telefony:	608763854		
identyfikator REGON	383762894		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-322, Józefa Mehoffera 10		
telefon/ telefony	325065086		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 365		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MOJA PRZYJAZNA PORADNIA SPÓŁKA Z		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZESZCZE, 32-620, ul. Kościelna 21/8		
telefon/ telefony:	502336426		
identyfikator REGON	385398470		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Moja Przyjazna Poradnia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZESZCZE, 32-620, Nosala 7		
telefon/ telefony	576141148		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 366		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków		
telefon/ telefony:	tel. +48 12 68 76 200		
identyfikator REGON	351564179		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	**Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie**	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków		
telefon/ telefony	tel. +48 609 992 670		
Data dodania do wykazu	04.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 367		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój		
telefon/ telefony:	tel. +48 18 47 32 400		
identyfikator REGON	000300587		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital im. dr. Józefa Dietla w		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój	W	
telefon/ telefony	tel. +48 18 473 24 05		
Data dodania do wykazu	04.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SPZOZ Szpital Im. dr J. Dietla w Krynicy-Zdroju -		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój		
telefon/ telefony	505668349		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 368		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Szpital Powiatowy w Chrzanowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów		
telefon/ telefony:	tel. +48 18 47 32 400		
identyfikator REGON	000310108		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Powiatowy w Chrzanowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów	W	
telefon/ telefony	tel. +48 793 837 751		
Data dodania do wykazu	30.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 369		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Karmelicka 5, 34-100 Wadowice		
telefon/ telefony:	tel. +48 33 87 21 200, +48 33 87 21 280		
identyfikator REGON	000306466		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Karmelicka 5, 34-100 Wadowice	W	
telefon/ telefony	+48 797 304 331		
Data dodania do wykazu	30.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 370		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków		
telefon/ telefony:	tel. +48 12 662 31 50		
identyfikator REGON	350995109		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków	W	
telefon/ telefony	tel. +48 784 624 416		
Data dodania do wykazu	30.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 371		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o. o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Trynitarska 11, 31-061 Kraków		

telefon/ telefony:	tel. +48 12 379 71 00		
identyfikator REGON	121065900		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	**Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego**	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Trynitarska 11, 31-061 Kraków		
telefon/ telefony	tel. +48 504 235 891		
Data dodania do wykazu	04.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 372		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Nowy Szpital w Olkuszu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olkusz, 32-300, ul. 1000-lecia 13		
telefon/ telefony:	+ 48 41 240 1200		
identyfikator REGON	320592435		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	**Nowy Szpital w Olkuszu Spółka z ograniczoną**	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olkusz, 32-300, ul. 1000-lecia 13		
telefon/ telefony	tel. +48 792270230		
Data dodania do wykazu	04.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 373		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Balzera 15, 34-500 zakopane		
telefon/ telefony:	tel. +48 788 221 113		
identyfikator REGON	000296377		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Balzera 15, 34-500 zakopane		
telefon/ telefony	tel. +48 788 221 113		
Data dodania do wykazu	04.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 374		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka		
telefon/ telefony:	tel. +48 33 872 31 00		
identyfikator REGON	000304415		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	**Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej**	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka		
telefon/ telefony	tel. +48 668312916		
Data dodania do wykazu	29.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 375		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia		
telefon/ telefony:	tel. +48 14 61 53 400		
identyfikator REGON	000304349		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej**	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia		
telefon/ telefony	tel. +48 660 610 880		
Data dodania do wykazu	30.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 376		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2		
telefon/ telefony:	+48 12 272 10 85, +48 12 273 03 55		
identyfikator REGON	000300570		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach**	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2		
telefon/ telefony	tel. +48 603 852 893		
Data dodania do wykazu	04.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 377		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PASTERNIK" MALUTY SPÓŁKA JAWNA**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Modlniczka / 32-085 / os. Krakowskie Przedmieście 28		
telefon/ telefony:	12 28 54 415		
identyfikator REGON	351600969		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PASTERNIK" MALUTY SPÓŁKA JAWNA	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Modlniczka / 32-085 / os. Krakowskie Przedmieście 28		
telefon/ telefony	12 28 54 415		
Data dodania do wykazu	11.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 378		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**FUNDACJA "ZDROWIE DLA BUDOWLANYCH"**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-915 / Osiedle Młodości 9		
telefon/ telefony:	126866812		
identyfikator REGON	350107787		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	FUNDACJA "ZDROWIE DLA BUDOWLANYCH"	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-915 / Osiedle Młodości 9		
telefon/ telefony	126866812		
Data dodania do wykazu	11.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 379		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**ZGROMADZENIE SIÓSTR SŁUŻEBNICZEK NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY NIEPOKALANIE POCZĘTEJ, PROWINCJA KRAKOWSKA**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-542 / ul. Kazimierza Kordylewskiego 12		
telefon/ telefony:	12 41 24 457		
identyfikator REGON	006234874		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ZGROMADZENIE SIÓSTR SŁUŻEBNICZEK NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY NIEPOKALANIE POCZĘTEJ, PROWINCJA KRAKOWSKA	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-542 / ul. Kazimierza Kordylewskiego 12		
telefon/ telefony	12 41 24 457		
Data dodania do wykazu	11.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 380		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**STOWARZYSZENIE PRZYJACIÓŁ DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ IM. L.A. HELCLÓW**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-148 / ul. Helclów 2		
telefon/ telefony:	12 63 44 255 wewn. 266		
identyfikator REGON	351001134		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	STOWARZYSZENIE PRZYJACIÓŁ DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ IM. L.A. HELCLÓW	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-148 / ul. Helclów 2		
telefon/ telefony	12 63 44 255 wewn. 266		
Data dodania do wykazu	11.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 381		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**"POMORZANY" CHOCHOŁOWSKI I WSP. SPÓŁKA JAWNA**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olkusz / 32-300 / ul. Gwarków 4A		
telefon/ telefony:	322109137		
identyfikator REGON	120527770		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	"POMORZANY" CHOCHOŁOWSKI I WSP. SPÓŁKA JAWNA	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olkusz / 32-300 / ul. Gwarków 4A		
telefon/ telefony	322109137		
Data dodania do wykazu	11.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 382		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**ZAKON POSŁUGUJĄCYCH CHORYM OJCOWIE KAMILIANIE**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tarnowskie Góry / 42-606 / ul. Bytomska 22		

telefon/ telefony:	322857696		
identyfikator REGON	040001646		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ZAKON POSŁUGUJĄCYCH CHORYM OJCOWIE KAMILIANIE	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tarnowskie Góry / 42-606 / ul. Bytomska 22		
telefon/ telefony	322857696		
Data dodania do wykazu	11.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 383		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**POLSKI CZERWONY KRZYŻ**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa / 00-561 / ul. Mokotowska 14		
telefon/ telefony:	22 326 12 86		
identyfikator REGON	007023731		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	POLSKI CZERWONY KRZYŻ	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa / 00-561 / ul. Mokotowska 14		
telefon/ telefony	22 326 12 86		
Data dodania do wykazu	11.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 384		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**UNIWERSYTECKI SZPITAL DZIECIĘCY W KRAKOWIE**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 30-663 / ul. Wielicka 265		
telefon/ telefony:	6580656		
identyfikator REGON	351375886		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	UNIWERSYTECKI SZPITAL DZIECIĘCY W KRAKOWIE	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 30-663 / ul. Wielicka 265		
telefon/ telefony	6580656		
Data dodania do wykazu	11.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 385		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-503 / ul. Strzelecka 2		
telefon/ telefony:	12 619 86 00		
identyfikator REGON	000298583		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 31-503 / ul. Strzelecka 2		
telefon/ telefony	12 619 86 00		
Data dodania do wykazu	11.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 386		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. JÓZEFA BABIŃSKIEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 30-393 / ul. dr. Józefa Babińskiego 29		
telefon/ telefony:	(12)65-24-347		
identyfikator REGON	000298554		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SZPITAL KLINICZNY IM. DR. JÓZEFA BABIŃSKIEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków / 30-393 / ul. dr. Józefa Babińskiego 29		
telefon/ telefony	(12)65-24-347		
Data dodania do wykazu	11.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 387		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	**ŚLĄSKIE CENTRUM REHABILITACYJNO - UZDROWISKOWE IM. DR ADAMA SZEBESTY W RABCE - ZDROJU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rabka-Zdrój / 34-700 / ul. Dietla 5		
telefon/ telefony:	18 26 76 300		
identyfikator REGON	000297951		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ŚLĄSKIE CENTRUM REHABILITACYJNO - UZDROWISKOWE IM. DR ADAMA SZEBESTY W RABCE - ZDROJU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rabka-Zdrój / 34-700 / ul. Dietla 5		
telefon/ telefony	18 26 76 300		
Data dodania do wykazu	11.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 388		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	"MIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Libiąż, 32-590, ul. 9 Maja 2		
telefon/ telefony:	32 62 71 421		
identyfikator REGON	356344956		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Miejskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. Przychodnia nr 1		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Libiąż, 32-590, ul. 9 Maja 2		
telefon/ telefony	32 750 13 15		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Miejskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. Przychodnia nr 2		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żarki, 32-593, ul.Struga 22		
telefon/ telefony	32 750 13 15		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 389		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Izabella Barbara Barczyk Lekarz		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wolbrom, 32-340, ul. Okrzei 14a		
telefon/ telefony:	606483082		
identyfikator REGON	273719165		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Specjalistyczna Praktyka Lekarska-Chirurgia Izabella Barczyk		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wolbrom, 32-340, ul. Skalska Pawilon A		
telefon/ telefony	606483082		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 390		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NAWOJOWEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nawojowa, 33-335, ul. Ogrodowa 12		
telefon/ telefony:	18 44 57 013		
identyfikator REGON	492009110		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nawojowej - Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nawojowa, 33-335, ul. Ogrodowa 12		
telefon/ telefony	184457013		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 391		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED SPÓŁKA AKCYJNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 00-195, ul. Zygmunta Słomińskiego 19/524		
telefon/ telefony:	222307007		
identyfikator REGON	140802685		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Oddział Kraków Wadowicka		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-347, Wadowicka 3A		
telefon/ telefony	224340909		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 392		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	STOWARZYSZENIE LEKARZE NADZIEI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-548, al. Pokoju 7		
telefon/ telefony:	124143005		
identyfikator REGON	350566242		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Lekarska dla Ludzi Bezdomnych i Ubogich		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-107, Smoleńsk 4		
telefon/ telefony	124335130		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 393		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNA PRACY" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-586, ul. Centralna 51		
telefon/ telefony:	12 6861664		
identyfikator REGON	350864614		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zakład Opieki Zdrowotnej "Medycyna Pracy" Sp. z o.o.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-586, Centralna 51		
telefon/ telefony	126861664		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 394		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDICOVER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 00-807, al. Aleje Jerozolimskie 96		
telefon/ telefony:	22 592 70 00		
identyfikator REGON	012396508		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CM Kraków Bora Komorowskiego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-476, Bora Komorowskiego 25B		
telefon/ telefony	500900500		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CM Kraków Podgórska Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-536, Podgórska 36		
telefon/ telefony	500900500		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 395		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	POLMED SPÓŁKA AKCYJNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STAROGARD GDAŃSKI, 83-200, os. Mikołaja Kopernika 21		
telefon/ telefony:	58 77 50 919		
identyfikator REGON	192110780		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	POLMED SPÓŁKA AKCYJNA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-503, LUBICZ 23a		
telefon/ telefony	122984740		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 396		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	UNICARDIA SPECJALISTYCZNE CENTRUM LECZENIA CHORÓB SERCA I NACZYŃ & UNIMEDICA SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-271, ul. Kluczborska 15/U3		
telefon/ telefony:	517575788		
identyfikator REGON	356768082		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	UNICARDIA UNIMEDICA Dygasińskiego 2D		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-820, Al. Adolfa Dygasińskiego 2d		
telefon/ telefony	606577344		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 397		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Robert Roman Weisberger		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WADOWICE, 34-100, ul. Sadowa 19A		
telefon/ telefony:	604050413		
identyfikator REGON	708000680		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	GABINET LEKARSKI ROBERT WEISBERGER		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WADOWICE, 34-100, SADOWA 19A		
telefon/ telefony	604050413		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 398		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SPEC-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-201, ul. Emaus 7/1		
telefon/ telefony:	12 42 73 325		
identyfikator REGON	121052954		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SPEC-MED		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-201, Emaus 7/1		
telefon/ telefony	12 42 73 325		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 399		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE MULTIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-111, al. Aleja Zygmunta Krasińskiego 9/24B		
telefon/ telefony:	14 67 40 400		
identyfikator REGON	360616015		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE MULTIMED		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZESKO, 32-800, Oś. Władysława Jagiełły 15		
telefon/ telefony	124640400		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 400		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NORTH MEDICAL HOLDING SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ NASZA GRUPA MEDYCZNA SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WROCŁAW, 50-456, ul. Dworcowa 11B		
telefon/ telefony:	693424008		
identyfikator REGON	382992698		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień NASZ GABINET		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-231, Siewna 4/5		
telefon/ telefony	519775225		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 401		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDCUBE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-409, ul. Ruczaj 15C		
telefon/ telefony:	601 95 10 29		
identyfikator REGON	122834624		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	MEDCUBE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-349, Miłkowskiego 9		
telefon/ telefony	124313585		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 402		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	LEGION MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŚWIĄTNIKI GÓRNE, 32-040, ul. Krakowska 1A		
telefon/ telefony:	12 30 71 877		
identyfikator REGON	363775547		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	LEGION MED		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŚWIĄTNIKI GÓRNE, 32-040, Krakowska 1A		
telefon/ telefony	123071877		

Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 403		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	AST SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-542, ul. Kazimierza Kordylewskiego 4		
telefon/ telefony:	519316845		
identyfikator REGON	122628511		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ambulatoria Acernis		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-548, Aleja Pokoju 4		
telefon/ telefony	124302208		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 404		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	RATMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-708, ul. Stefana Kisielewskiego 26		
telefon/ telefony:	535-333-512		
identyfikator REGON	121294396		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień Zespół Transportu Medycznego RM1		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-334, Komandosów 18		
telefon/ telefony	535333512		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 405		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	KTMD SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-079, Aleja Kijowska 24/LU6		
telefon/ telefony:	577 705 006		
identyfikator REGON	121148453		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia chorób wewnętrznych		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAGÓRZYCE DWORSKIE, 32-091, Kwitnąca 3		
telefon/ telefony	691058777		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 406		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	DELTA SPORT CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-314, ul. Dworska 1B/LU1		
telefon/ telefony:	123522525		
identyfikator REGON	360548070		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Dworska - Punkt Szczepień		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-314, Dworska 1B/LU1		
telefon/ telefony	123627252		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 407		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	IZABELA TARCZOŃ PRZYLĄDEK ZDROWIA SPECJALISTYCZNE PORADNIE MEDYCZNE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-324, ul. Szwedzka 23/7		
telefon/ telefony:	508180797		
identyfikator REGON	120756825		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-644, Henryka Kamieńskiego 47		
telefon/ telefony	570577000		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 408		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Solimed Jakub Loster		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, os. Karola Szymanowskiego 6/LU		
telefon/ telefony:	516077076		
identyfikator REGON	120193397		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Szczepień i Medycyny Podróży Solimed		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIELICZKA, 32-020, os. Szymanowskiego 6/LU		
telefon/ telefony	516077076		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 409		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CFMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-820, al. Aleja Adolfa Dygasińskiego 2D		
telefon/ telefony:	519146247		
identyfikator REGON	385197234		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-820, Aleja Adolfa Dygasińskiego 2D		
telefon/ telefony	519146247		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 410		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MIŁOSZ WOŹNICZKO		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLBROM, 32-340, ul. Jesionowa 6		
telefon/ telefony:	602608121		
identyfikator REGON	122511252		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLBROM, 32-340, Krakowska 27		
telefon/ telefony	602608121		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 411		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	AGNES PALUCHA CENTRUM MEDYCZNE CEGIELNIANA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-404, ul. Cegielniana 4A		
telefon/ telefony:	12 295 08 09		
identyfikator REGON	120543325		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Zabiegowy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-404, Cegielniana 4A		
telefon/ telefony	122950809		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 412		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno-Zabiegowe "Medicina 2000" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-540, ul. Rzeźnicza 2		
telefon/ telefony:	12 42 24 106		
identyfikator REGON	351005474		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	"Medicina 2000"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-540, Rzeźnicza 2		
telefon/ telefony	12 42 24 106		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 413		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	VM MEDIA SPÓŁKA Z O.O. - VM CARE SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GDAŃSK, 80-180, ul. Świętokrzyska 73		
telefon/ telefony:	583209494		
identyfikator REGON	220333607		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-348, Bobrzyńskiego 37		
telefon/ telefony	122542244		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 414		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PROGAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-399, ul. Stanisława Działowskiego 1		
telefon/ telefony:	12 4467888		
identyfikator REGON	122894997		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet zabiegowy		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 30-399, Leona Petrażyckiego 99		
telefon/ telefony	124467888		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 415		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CARINTART SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-514, Aleja płk. Władysława Beliny-Prażmowskiego 60		
telefon/ telefony:	126211520		
identyfikator REGON	122854294		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień CARINTART SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRAKÓW, 31-514, Aleja płk. Władysława Beliny-Prażmowskiego 60		
telefon/ telefony	787567077		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 416		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SOLMEDICA MATEUSZ POTEMPA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAWINA, 32-050, ul. ks. Jerzego Popiełuszki 17A		
telefon/ telefony:	694207141		
identyfikator REGON	385060311		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ SOLMEDICA GABINETY LEKARSKIE		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKAWINA, 32-050, Księdza Jerzego Popiełuszki 17A		
telefon/ telefony	+48694207141		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 417		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	KRZYSZTOF KULKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MSZANA GÓRNA, 34-733, Mszana Górna 401		
telefon/ telefony:	18 331 52 02		
identyfikator REGON	491958240		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Bystrej - Punkt Szczepień		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bystra Podhalańska, 34-235, Bystra Podhalańska 353a		
telefon/ telefony	182681024		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Mszanie Górnej - Punkt Szczepień		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MSZANA GÓRNA, 34-733, Mszana Górna 491		
telefon/ telefony	668645579		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 417		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	KRZYSZTOF KULKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MSZANA GÓRNA, 34-733, Mszana Górna 401		
telefon/ telefony:	18 331 52 02		

identyfikator REGON	491958240		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Bystrej - Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bystra Podhalańska, 34-235, Bystra Podhalańska 353a		
telefon/ telefony	182681024		
Data dodania do wykazu	19.01.2021		
Data wykreślenia z wykazu			

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

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń dializoterapii ambulatoryjnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19

Podmiot wykonujący działalność leczniczą	rodzaj i zakres realizowanych świadczeń
	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK w zakresie hemodializoterapia	X
Data dodania do wykazu	18.01.2021
Data wykreślenia z wykazu	
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK w zakresie hemodializoterapia - z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru	X
Data dodania do wykazu	18.01.2021
Data wykreślenia z wykazu	