

Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą i aptek ogólnodostępnych realizujących szczepienia przeciw COVID-19

| | | | |
|---|---|--------------------|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SZPITAL TYMCZASOWY -SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-501, Kopernika 50 | | |
| telefon/ telefony | 124248600 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia chorób zakaźnych | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-913, os. Na Skarpie 66 | | |
| telefon/ telefony | 126229502 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia chorób zakaźnych dzieci - BUDYNEK H | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-913, os. Na Skarpie 66 budynek H | | |
| telefon/ telefony | 126229502 | | |
| Data dodania do wykazu | 16.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia medycyny pracy - BUDYNEK C | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-913, os. Na Skarpie 66 budynek C | | |
| telefon/ telefony | 126229502 | | |
| Data dodania do wykazu | 16.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | POPULACYJNY Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków | | |
| telefon/ telefony | 727797074 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie sp. z o.o. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków | | |
| telefon/ telefony | 727797074 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Szpital Wojewódzki im.Św.Lukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie | | |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|---|---------------------------|--|
| nazwa: | Szpital Wojewódzki im.Św.Lukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie | 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - ARENA JASKÓŁKA | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Traugutta 38, 33-101 Tarnów | | |
| telefon/ telefony | tel.: 146315813 | | |
| Data dodania do wykazu | 17.05.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 13.08.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu | | |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Szpital Specjalistyczny im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Młyńska 5, 33 - 300 Nowy Sącz | | |
| telefon/ telefony | 184425694 184425674 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ | | |
| telefon/ telefony: | +48 18 263 30 01 | | |
| identyfikator REGON | 000308324 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu | 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Opieki Całodobowej Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ | | |
| telefon/ telefony | 182633111 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Starostwo Powiatowe w Nowym Targu | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY TARG, 34-400, ul. Bolesława Wstydlwego 14 | | |
| telefon/ telefony | 182633111 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 24.09.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu - Węzłowo-Populacyjny | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY TARG, 34-400, ul. Szpitalna 14 | | |
| telefon/ telefony | 182633111 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilanach | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOGILANY, 32-031, ul. św. Bartłomieja Apostoła 21 | | |
| telefon/ telefony: | 12 27 01 999, 12 27 01 270, 12 27 77 177 | | |
| identyfikator REGON | 351571541 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilanach | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOGILANY, 32-031, Św. Bartłomieja Apostoła 21 | | |
| telefon/ telefony | 122777170 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| | | | 1 |

| | | | |
|--|--|--------------------|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach | | |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach | 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia ogólna | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUCZYCE, 32-010, Dworska 1 | | |
| telefon/ telefony | 123871199 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia ogólna | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIERZBNO, 32-104, 2 | | |
| telefon/ telefony | 123869299 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAWRZĘCZYCE, 32-125, 174 | | |
| telefon/ telefony | 122874009 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia ogólna | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IGOLOMIA, 32-126, 16 | | |
| telefon/ telefony | 122873014 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpital - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W PROSZOWICACH | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PROSZOWICE, 32-100, Mikołaja Kopernika 13 | | |
| telefon/ telefony | 690117868 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ LECZNICTWA OTWARTEGO W WIELICZCE | | |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Ogólna - SPZiO w Wieliczce | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIELICZKA, 32-020, Bolesława Szpunara 20 | | |
| telefon/ telefony | 733030577 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza - PUNKT SZCZEPIEN | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-202, Prądnicka 35-37 | | |
| telefon/ telefony | 122578672 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie | 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|-----------------------|---|
| nazwa: Wojewódzka Poradnia Szczępień Ochronnych | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu KRAKÓW, 31-202, Prądnicka 80 | | |
| telefon/ telefony 0126142237 | | |
| Data dodania do wykazu 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | szczępiecie personelu | szczępiecie populacyjne |
| nazwa: SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GOLCZY | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu GOLCZA, 32-075, 80C-D | | |
| telefon/ telefony: 12 38 86 099 | | |
| identyfikator REGON 351566391 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | - | POP |
| nazwa: Gabinet lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu GOLCZA, 32-075, 80 C-D | | |
| telefon/ telefony 123886099 | | |
| Data dodania do wykazu 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | szczępiecie personelu | szczępiecie 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 | - | POP |
| nazwa: OŚRODEK ZDROWIA W DZIEWINIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu DZIEWIN, 32-708, 48 a | | |
| telefon/ telefony 122817198 | | |
| Data dodania do wykazu 09.03.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | - | POP |
| nazwa: OŚRODEK ZDROWIA W DZIEWINIE - Z FILIA DZIAŁAJĄCA W ŚWINIARACH | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu ŚWINIARY, 32-709, 117 | | |
| telefon/ telefony 122817002 | | |
| Data dodania do wykazu 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | szczępiecie personelu | szczępiecie populacyjne |
| 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: 124173311 | | |
| identyfikator REGON 008397907 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | - | POP |
| nazwa: Gabinet Lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu KRAKÓW, 31-559, Grzegorzewska 67C | | |
| telefon/ telefony 123457001 | | |
| Data dodania do wykazu 09.03.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | - | POP |
| nazwa: Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu KRAKÓW, 30-307, Barska 12 | | |
| telefon/ telefony 122665062 | | |
| Data dodania do wykazu 09.03.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | - | POP |
| nazwa: Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu KRAKÓW, 31-559, Stefana Rogozińskiego 5 | | |
| telefon/ telefony 124173311 | | |
| Data dodania do wykazu 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | szczępiecie personelu | szczępiecie 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 | - | POP |
| nazwa: Punkt szczepień Centrum Medyczne "Ujastek" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu KRAKÓW, 31-752, Ujastek 3 | | |
| telefon/ telefony 126833844 | | |
| Data dodania do wykazu 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | szczępiecie personelu | szczępiecie populacyjne |
| nazwa: PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY RODZINNYCH Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| 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 | - | POP |
| nazwa: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu KRAKÓW, 31-061, Bocheńska 4 | | |
| telefon/ telefony 124305773 | | |
| Data dodania do wykazu 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | |

| | | | |
|--|---|------------------------|--|
| nazwa: | NZOZ SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA ERGOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-415, Bonarka 18 | | |
| telefon/ telefony | 122662195 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 1 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH ZOFIA KRAJ, JOANNA SUŁKOWSKA SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-636, Osiedle Oświecenia 45 | | |
| telefon/ telefony: | 126410400 | | |
| identyfikator REGON | 351356469 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza rodzinnego | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-636, os. Oświecenia 45 | | |
| telefon/ telefony | 126410400 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 1 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-864, Prof. Michała Życzkowskiego 16 | | |
| telefon/ telefony | 122950100 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 1 |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-034, Mikołaja Kopernika 8 | | |
| telefon/ telefony | 122950100 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 1 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA - OŚRODEK ZDROWIA W SIEPRAWIU, JOLANTA BOBROWSKA - SPÓŁKA JAWNA | | |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEPRAW, 32-447, 741 | | |
| telefon/ telefony | 122746030 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 1 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | 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. Kolo Białuchy 25 | | |
| telefon/ telefony: | 12 25 00 670 | | |
| identyfikator REGON | 351514320 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarzy Rodzinnych | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRĄBK, 32-020, 159 | | |
| telefon/ telefony | 602702915 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 1 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SANO-MED SP.Z O.O. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE BRZESKO, 32-120, PARTYZANTÓW 4 | | |
| telefon/ telefony | 12 3852012 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 1 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SULKOWICE, 32-440, ul. Szkolna 9 | | |
| telefon/ telefony: | 2732173 | | |
| identyfikator REGON | 351535798 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Medycyny Rodzinnej w Sulkowicach | | |

| | | | | |
|--|--|--|---------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | SUKKOWICE, 32-440, Szkolna 9 | - | POP |
| telefon/ telefony | | 883314866 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | Przychodnia Medycyny Rodzinnej-Punkt Lekarski w Izdebniku | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | IZDEBNIK, 34-144, Krakowska 9 | - | POP |
| telefon/ telefony | | 883314866 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | Przychodnia Medycyny Rodzinnej-Oddział w Lanckoronie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | LANCKORONA, 34-143, 10 | - | POP |
| telefon/ telefony | | 883314866 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO ELZBIETA WODNIAK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | WIŚNIOWA, 32-412, 1 | | |
| telefon/ telefony: | | 501 008 281 | | |
| identyfikator REGON | | 351518297 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | Gabinet Lekarza Rodzinnego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | WIŚNIOWA, 32-412, 1 | - | POP |
| telefon/ telefony | | 501008281 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | | szczenie personelu | szczenie 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 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | NZOZ Gabinet Lekarza Rodzinnego lek. med. Lucyna Kufel | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | ZIELONKI, 32-087, Galicyjska 15 | - | POP |
| telefon/ telefony | | 122850014 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | | MALGORZATA 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 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | punkt szczytowej NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | RYBNA, 32-061, Lawendowa 2 | - | POP |
| telefon/ telefony | | 122804004 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | punkt szczytowej NZOZ - Praktyka Lekarza Rodzinnego Filia w Krzeszowicach | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | KRZESZOWICE, 32-065, Legionów Polskich 7A | - | POP |
| telefon/ telefony | | 122826580 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | | szczenie personelu | szczenie 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 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gabinet Lekarza Rodzinnego lek. med. Tomasz Sobalski | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | ZIELONKI, 32-087, Galicyjska 15 | - | POP |
| telefon/ telefony | | 122850112 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | | Andrzej Zajac Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Batowice | | |
| 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 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | Gabinet(poradnia) podstawowej opieki zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | BATOWICE, 32-086, Karola Wojtyły 110 | - | POP |
| telefon/ telefony | | 122859417 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | | RAFAL KACORZYK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | KRAKÓW, 30-092, ul. Krakusów 18/2 | | |

| | | | |
|--|---|---------------------------|--|
| telefon/ telefony: | 12 63 86 632 | | |
| identyfikator REGON | 351304410 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | punkt szczepień NZOZ Gabinet Lekarza Rodzinnego Rafał Kacorzyk | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 8R20ZÓWKA, 32-088, krakowska 20 | | 1 |
| telefon/ telefony | 124194817 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | MAŁGORZATA KULIS-MACHETA CENTRUM MEDYCZNO - DIAGNOSTYCZNE | | |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-015, Cieszyńska 16 | | 2 |
| telefon/ telefony | 122221240 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych Spółka Jawna Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ewa Drohomirecka-Zach & Małgorzata Zawilań | | |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Rodzinnego | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-869, os. 2 Pułku Lotniczego 22 | | 1 |
| telefon/ telefony | 126491321 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 27.09.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej | 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpitalna Przychodnia Rodzina | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĄBROWA TARNOWSKA, 33-200, Szpitalna 1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 146422831 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powstecznych - Szpital w Dąbrowie Tarnowskiej | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĄBROWA TARNOWSKA, 33-200, Szpitalna 1 | | 3 |
| telefon/ telefony | 146443341 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W OLEŚNIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLEŚNO, 33-210, ul. Leśna 10 | | |
| telefon/ telefony: | 14 64 11 011 | | |
| identyfikator REGON | 850446574 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLEŚNO, 33-210, Leśna 10 | | 1 |
| telefon/ telefony | 146411011 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RZĘZAWIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RZĘZAWA, 32-765, ul. Wiśniowa 30 | | |
| telefon/ telefony: | 14 68 58 410 | | |
| identyfikator REGON | 850521962 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RZĘZAWA, 32-765, Wiśniowa 30 | | 1 |
| telefon/ telefony | 146127818 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--|---|-----------------------|---|
| nazwa: | Mościckie Centrum Medyczne - Poradnia Rodzina | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-101, E. Kwiatkowskiego 15 | | |
| telefon/ telefony | tel: 14 688 05 50 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| nazwa: | Mościckie Centrum Medyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | P | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-101, E. Kwiatkowskiego 15 | | |
| telefon/ telefony | tel: 14 688 05 50 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "CENTERMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| 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 | | - | POP |
| nazwa: | CenterMed Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Diagnostyczno-Lekarska Filia Nr 2 | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, Kazimierza Pułaskiego 92 | | |
| telefon/ telefony | 14 62 70 810 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | - | POP |
| nazwa: | CenterMed Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Diagnostyczno-Lekarska Filia Nr 3 | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZGŁOBICE, 33-113, Zgłobicka 9 | | |
| telefon/ telefony | 146743021 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | - | POP |
| nazwa: | CenterMed Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Diagnostyczno-Lekarska Brzeskie Centrum Medyczne | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzesko, 32-800, Browarna 5c | | |
| telefon/ telefony | 146635141 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38 | | 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 | | W | - |
| 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 511438360 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | - | POP |
| nazwa: | Poradnia ogólna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZESKO, 32-800, Tadeusza Kościuszki 68 | | |
| telefon/ telefony | 146621171 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | - | PSP |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIENI POWSZECHNYCH SPZOZ W BRZESKU | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZESKO, 32-800, Tadeusza Kościuszki 68 | | |
| telefon/ telefony | 509 640 404 509 640 473 | | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | OŚRODEK ZDROWIA W ŁUKOWICY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Bohaterów Orla Białego 82 | | |
| telefon/ telefony: | 18 3335014 | | |
| identyfikator REGON | 366213181 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | - | POP |
| nazwa: | Gabinet zabiegowy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁUKOWICA, 34-606, 8 | | |
| telefon/ telefony | 183335014 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | UZDROWISKO SZCZAWNICA SPÓŁKA AKCYJNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZAWNICA, 34-460, ul. Źródłowa 26 | | |
| telefon/ telefony: | 185400420 | | |
| identyfikator REGON | 000288219 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | - | POP |
| nazwa: | Przychodnia Uzdrowskowa | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZAWNICA, 34-460, Park Górny 2 | | |
| telefon/ telefony | 18 26 22 220 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |

| Data wykreślenia z wykazu | | | |
|--|---|---------------------------|--|
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NZOZ JODŁOWNIK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | | |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | punkt szczepień Gabinet Lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JODŁOWNIK, 34-620, 174 | | |
| telefon/ telefony | 183221120 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "LEKARZ RODZINNY" EDYTA MRÓZ, MARCIN MRÓZ SPÓŁKA PARTNERSKA | | |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁABOWA, 33-336, 284 | | |
| telefon/ telefony | 184711286 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | "UZDROWISKO KRYNICA-ZĘGIESTÓW" 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Sanatorium Uzdrawiskowe Patria | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, Kazimierza Pułaskiego 35 | | |
| telefon/ telefony | 184712811 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 03.01.2022 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Dzieńcie Janusz Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SŁOPNICE, 34-615, 518 | | |
| telefon/ telefony: | 18 3326004 | | |
| identyfikator REGON | 121403543 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słopnicach | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SŁOPNICE, 34-615, 518 | | |
| telefon/ telefony | 183326004 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szczawie | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZAWA, 34-607, 425 | | |
| telefon/ telefony | 183324015 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | BOR-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRASNE-LASOCCICE, 34-620, 192 | | |
| telefon/ telefony: | 18 33 21 403 | | |
| identyfikator REGON | 360679085 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Bor-Med - PUNKT SZCZEPIEN | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRASNE-LASOCCICE, 34-620, Krasne 192 | | |
| telefon/ telefony | 183321403 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza Rodzinnego - PUNKT SZCZEPIEN | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁAPANÓW, 32-740, 185 | | |
| telefon/ telefony | 146853425 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|--|---|--------------------|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKOPANE, 34-500, Kamieniec 10 | | |
| telefon/ telefony | 182012021 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKOPANE, 34-500, Kamieniec 10 | | |
| telefon/ telefony | 182012021 264 | | |
| Data dodania do wykazu | 23.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach | | |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GORLICE, 38-300, Węgierska 21 | | |
| telefon/ telefony | 183553260 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GORLICE, 38-300, Sportowa 9 | | |
| telefon/ telefony | 183553222 | | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 17.08.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W MANIOWACH | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MANIOWY, 34-436, ul. Gorceńska 6 | | |
| telefon/ telefony: | 18 27 50 088 | | |
| identyfikator REGON | 490687997 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia W MANIOWACH | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MANIOWY, 34-436, GORCZAŃSKA 6 | | |
| telefon/ telefony | 182750088 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NAPRAWA, 34-240, 477 | | |
| telefon/ telefony | 182672012 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIPNICY WIELKIEJ | | |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIPNICY WIELKIEJ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIPNICA WIELKA, 34-483, 517 | | |
| telefon/ telefony | 182634504 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|--|--|--------------------|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W LAPSZACH NIŻNYCH | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LAPSE NIŻNE, 34-442, ul. Długa 169 | | |
| telefon/ telefony: | 182659398 | | |
| identyfikator REGON | 490529927 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczytów Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia w Lapszach Niżnych | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LAPSE NIŻNE, 34-442, Długa 169 | | |
| telefon/ telefony | 182659398 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W SZAFARACH | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZAFARY, 34-424, UL. WŁADYSŁAWA ORKANA 37C | | |
| telefon/ telefony: | 18 27 54 776 | | |
| identyfikator REGON | 490765680 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W SZAFARACH | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZAFARY, 34-424, Orkana 37c | | |
| telefon/ telefony | 182754776 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIECIM, 32-600, ul. Wysokie Brzegi 4 | | |
| telefon/ telefony: | 33 844 82 00 | | |
| identyfikator REGON | 000304409 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIECIM, 32-600, ul. Wysokie Brzegi 4 | | |
| telefon/ telefony | 338448267 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WIEPRZU | | |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza poZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIEPRZ, 34-122, Wadowicka 3 | | |
| telefon/ telefony | 338755052 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mucharzu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MUCHARZ, 34-106, 226 | | |
| telefon/ telefony: | 33 8761410 | | |
| identyfikator REGON | 070745010 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Zdrowia w Mucharzu | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MUCHARZ, 34-106, 226 | | |
| telefon/ telefony | 338761410 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zembrzycach | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZEMBRZYCE, 34-210, 541 | | |
| telefon/ telefony: | 33 8746010 | | |
| identyfikator REGON | 072140914 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZEMBRZYCE, 34-210, 541 | | |
| telefon/ telefony | 338746010 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK ZDROWIA W BIENKÓWKIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIENKÓWKI, 34-212, 410 | | |
| telefon/ telefony: | 33 874 01 61 | | |
| identyfikator REGON | 072148614 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|--------------------|---|
| nazwa: | Ośrodek Zdrowia w Bierkowie | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIENKÓWKA, 34-212, 410 | | |
| telefon/ telefony | 33 874 01 61 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Miejska Przychodnia Zdrowia w Suchej Beskidzkiej | | |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Miejska Przychodnia Zdrowia w Suchej Beskidzkiej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUCHA BESKIDZKA, 34-200, Handlowa 1 | | |
| telefon/ telefony | 338742817 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Miejska Przychodnia Zdrowia | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAKÓW PODHALAŃSKI, 34-220, ul. Kościuski 1 | | |
| telefon/ telefony: | 33 877 18 17 | | |
| identyfikator REGON | 072122885 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Miejska Przychodnia Zdrowia | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAKÓW PODHALAŃSKI, 34-220, Kościuski 1 | | |
| telefon/ telefony | 338771817 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | WIEJSKI OŚRODEK ZDROWIA W JUSZCZYŃNIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JUSZCZYŃ, 34-231, 542 | | |
| telefon/ telefony: | 33 8771443 | | |
| identyfikator REGON | 072122879 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Wiejski Ośrodek Zdrowia w Juszczyźnie | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JUSZCZYŃ, 34-231, 542 | | |
| telefon/ telefony | 338771443 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SPYTKOWICACH | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SPYTKOWICE, 34-116, ul. Szkoła 1 | | |
| telefon/ telefony: | 33 87 91 828 | | |
| identyfikator REGON | 072148962 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SPYTKOWICE, 34-116, SZKOŁNA 1 | | |
| telefon/ telefony | 338791828 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | punkt szczepień Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stryszowie | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRYSZÓW, 34-146, 557 | | |
| telefon/ telefony | 338797495 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Miejska Przychodnia Zdrowia w Kalwarii Zebrzydowskiej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KALWARIA ZEBRZYDOWSKA, 34-130, Jana Pawła II 7 | | |
| telefon/ telefony | 338766437 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Wiejski Ośrodek Zdrowia w Leńczach | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEŃCZE, 34-130, 284 | | |
| telefon/ telefony | 338768795 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|--------------------|---|
| nazwa: | Wiejski Ośrodek Zdrowia w Przytkowicach | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZYTKOWICE, 34-141, 416 | | |
| telefon/ telefony | 338768425 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| nazwa: | Wiejski Ośrodek Zdrowia w Przytkowicach | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych w Kalwarii Zebrzydowskiej - Hala Sportowa Zespół Szkół nr 1 | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KALWARIA ZEBRZYDOWSKA, 34-130, ul. Mickiewicza 14 | | |
| telefon/ telefony | 518514673 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 17.08.2021 | | |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych w Kalwarii Zebrzydowskiej - Hala Sportowa Zespół Szkół nr 1 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 26.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 17.08.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chelмку | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHELMEK, 32-660, ul. Stajcha 1 | | |
| telefon/ telefony: | 33 846 14 61, 846 11 69, 846 12 02 | | |
| identyfikator REGON | 357007652 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chelмку | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHELMEK, 32-660, ul. Stajcha 1 | | |
| telefon/ telefony | 338461202 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| nazwa: | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chelмку | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SG 202 w Chelмку - Hala sportowa | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHELMEK, 32-660, ul. Krakowska 18 | | |
| telefon/ telefony | 338461461 | | |
| Data dodania do wykazu | 16.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 28.03.2022 | | |
| nazwa: | SG 202 w Chelumptech - Hala sportowa | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 16.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 28.03.2022 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | ZAKŁAD LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO W CHRZANOWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, ul. Sokola 19 | | |
| telefon/ telefony: | 32 62 32 211 | | |
| identyfikator REGON | 276218481 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień - ZLA w Chrzhanowie | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, Sokola 19 | | |
| telefon/ telefony | 32 610 00 49 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| nazwa: | Punkt szczepień - ZLA w Chrzhanowie | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień - ZLA Chrzhanów | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, Broniewskiego 16c | | |
| telefon/ telefony | 32 623 44 68 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| nazwa: | Punkt szczepień - ZLA Chrzhanów | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień - ZLA Chrzhanów | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, Kalinowa 7 | | |
| telefon/ telefony | 32 661 87 57 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| nazwa: | Punkt szczepień - ZLA Chrzhanów | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzhanów | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUSZOWICE, 32-500, Strażacka 8 | | |
| telefon/ telefony | 327115050 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| nazwa: | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzhanów | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzhanów | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BALIN, 32-500, Wyzwolenia 65 | | |
| telefon/ telefony | 32 613 17 87 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| nazwa: | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzhanów | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzhanów | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PLAZA, 32-552, Jana Korczaka 2 | | |
| telefon/ telefony | 326131250 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| nazwa: | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzhanów | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzhanów | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, ul. Kolonia Stella 19/1 | | |
| telefon/ telefony | 32 623 04 32 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| nazwa: | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej - ZLA Chrzhanów | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | "DIABET" CENTRUM MEDYCZNE S.C. LESZEK ROMANOWSKI BARBARA ROMANOWSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, ul. Kościuski 18 | | |
| telefon/ telefony: | 32 62 31 373 | | |
| identyfikator REGON | 851722668 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "DIABET" CENTRUM MEDYCZNE S.C. LESZEK ROMANOWSKI BARBARA ROMANOWSKA | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, ul. Kościuski 18 | | |
| telefon/ telefony: | 32 62 31 373 | | |
| identyfikator REGON | 851722668 | | |
| | | | |
| nazwa: | "DIABET" CENTRUM MEDYCZNE S.C. LESZEK ROMANOWSKI BARBARA ROMANOWSKA | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | | |
|---|--|---|--------------------|---|
| nazwa: | | Przychodnia - Centrum Wielospecjalistycznej Opieki Ambulatoryjnej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | CHRZANÓW, 32-500, Kościuski 18 | | |
| telefon/ telefony | | 326231373 | | |
| Data dodania do wykazu Data wykreślenia z wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68 | | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | | JAROSŁAW KUBICKI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | GDÓW, 32-420, 336 | | |
| telefon/ telefony: identyfikator REGON | | 602 773 919 350693532 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | GDÓW, 32-420, 1349 | | |
| telefon/ telefony | | 122514009 | | |
| Data dodania do wykazu Data wykreślenia z wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69 | | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŻEGOCINIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | ŻEGOCINA, 32-731, 232 | | |
| telefon/ telefony: identyfikator REGON | | 14 61 32 034 851712635 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŻEGOCINIE | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | ŻEGOCINA, 32-731, 232 | | |
| telefon/ telefony | | 146132034 | | |
| Data dodania do wykazu Data wykreślenia z wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70 | | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | | OLAF DUBIEL | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | GDÓW, 32-420, 402 | | |
| telefon/ telefony: identyfikator REGON | | 12 25 14 829 350314530 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Olaf Dubiel | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | GDÓW, 32-420, 402 | | |
| telefon/ telefony | | 12 25 14 829 | | |
| Data dodania do wykazu Data wykreślenia z wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71 | | | szczenie personelu | szczenie 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: identyfikator REGON | | 33 84 52 036, 33 84 52 740 357029926 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | punkt szczepień Przychodnia Zdrowia w Kętach | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | KĘTY, 32-650, Jana III Sobieskiego 35a | | |
| telefon/ telefony | | 338452036 | | |
| Data dodania do wykazu Data wykreślenia z wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Bielanych | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | BIELANY, 32-651, Łęcka 10 | | |
| telefon/ telefony | | 338486610 | | |
| Data dodania do wykazu Data wykreślenia z wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Bulowicach | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | BULOWICE, 35-652, Bielska 63 | | |
| telefon/ telefony | | 338453599 | | |
| Data dodania do wykazu Data wykreślenia z wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Malcu | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | MALEC, 35-651, Świętojańska 65 | | |
| telefon/ telefony | | 338455220 | | |
| Data dodania do wykazu Data wykreślenia z wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Witkowicach | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | WITKOWICE, 32-650, Dworska 50 | | |
| telefon/ telefony | | 338485099 | | |
| Data dodania do wykazu Data wykreślenia z wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | Punkt Szczepień Powszechnych Hala OSiR | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | KĘTY, 32-650, os. Nad solą 29 | | |
| telefon/ telefony | | 887035240 | | |
| Data dodania do wykazu Data wykreślenia z wykazu | | 26.04.2021 17.08.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72 | | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | | Maria Maruszak-Wojtas | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | ZAKLICZYN, 32-840, ul. Grabina 27A | | |

| | | | |
|--|---|---------------------------|--|
| telefon/ telefon: | 14 66 53 533 | | |
| identyfikator REGON | 851750245 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKLICZYN, 32-840, Grabina 27A | - | POP |
| telefon/ telefon | 146653533 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73 | | szczenie personelu | szczenie 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/ telefon: | 14 6117028 | | |
| identyfikator REGON | 851736920 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Miejski Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOCHNIA, 32-700, Floris 16 | - | POP |
| telefon/ telefon | 146153628 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZEGINIA JANUSZ ZALEWSKI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZEGINIA, 32-049, 371 | | |
| telefon/ telefon: | 12 38 98 017 | | |
| identyfikator REGON | 357031314 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gabinet Lekarza Rodzinnego Lek. Med. Janusz Zalewski w Przegini | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZEGINIA, 32-049, 371 | - | POP |
| telefon/ telefon | 123898017 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przegini Filia w Skale | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKALA, 32-043, Rynek 8 | - | POP |
| telefon/ telefon | 123892797 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | ANNA TENEROWICZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAGÓRZANY, 38-333, 235 | | |
| telefon/ telefon: | 18 35 30 460 | | |
| identyfikator REGON | 491904570 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczytów NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OŚRODEK ZDROWIA" W ZAGÓRZANACH | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAGÓRZANY, 38-333, 235 | - | POP |
| telefon/ telefon | 183512893 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76 | | szczenie personelu | szczenie 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/ telefon: | 183541005 | | |
| identyfikator REGON | 491971163 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Zdrowia w Moszczenicy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOSZCZENICA, 38-321, Samorządowa 5 | - | POP |
| telefon/ telefon | 501297080 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ OŚRODEK ZDROWIA W MOSZCZENICY | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STASZKÓWKA, 38-321, Strażacka 5 | - | POP |
| telefon/ telefon | 501297080 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77 | | szczenie personelu | szczenie 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/ telefon: | 14 68 52 628 | | |
| identyfikator REGON | 851665835 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | punkt szczytów Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIPNICA MUROWANA, 32-724, 49 | - | POP |
| telefon/ telefon | 146852628 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W MUSZYNI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MUSZYNA, 33-370, ul. Żefirka 6 | | |
| telefon/ telefon: | 18 47 14 037 | | |

| | | | |
|--|--|------------------------|--|
| identyfikator REGON | 491974204 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W MUSZYNI | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MUSZYNA, 33-370, Zefirka 6 | | |
| telefon/ telefony | 184714037 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | ZDROWIE RODZINY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PODEGRÓDZIE, 33-386, 255 | | |
| telefon/ telefony: | 18 44 58 578 | | |
| identyfikator REGON | 491972582 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet internistyczny (poradnia lekarza poZ) ZDROWIE RODZINY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZEZNA, 33-386, 311 | | |
| telefon/ telefony | 184458578 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Natalia Szopirska | | |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jazowsku | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JAZOWSKO, 33-389, 120 | | |
| telefon/ telefony | 184447273 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tyliczu | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TYLICZ, 33-383, Boczna 6 | | |
| telefon/ telefony | 184711325 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ALFA w Krynicy Zdroju | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, Reymonta 21 21 | | |
| telefon/ telefony | 184712971 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza podstawowej opieki zdrowotnej Kłęczany | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KŁĘCZANY, 33-394, 182 | | |
| telefon/ telefony | 184433615 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEN 'CENTRUM KROKUS' | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-876, al. Generała Bora-Komorowskiego 37 | | |
| telefon/ telefony | 184712971 | | |
| Data dodania do wykazu | 21.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia (Gabinet) Lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MYŚLENICE, 32-400, Juliusza Słowackiego 88 | | |
| telefon/ telefony | 122720411 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|--------------------|---|
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYTRO, 33-343, 541 | | |
| telefon/ telefony | 184469002 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 07.06.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" S.C. DOROTA STACHURA-BIEDRON, 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 | | - | POP |
| nazwa: | Poradnia lekarza rodzinnego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RUDAWA, 32-064, Antoniny Domańskiej 24 | | 1 |
| telefon/ telefony | 602117072 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | - | POP |
| nazwa: | punkt szczyżeń MEDIC-KOLOR | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-941, os. Kolorowe 21 | | 1 |
| telefon/ telefony | 126444311 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | - | POP |
| nazwa: | Gabinet lekarza POZ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĄCKO, 33-390, 140 | | 1 |
| telefon/ telefony | 7820095660 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Krzyszyna Piwowar-Kłag | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĄCKO, 33-390, 662 | | |
| telefon/ telefony: | 18 4446024 | | |
| identyfikator REGON | 490605172 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | - | POP |
| nazwa: | punkt szczyżeń Gabinet pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "KLAG-MED" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĄCKO, 33-390, 662 | | 1 |
| telefon/ telefony | 184446024 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | KRZYSZTOF PFAK 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 | | - | POP |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GDÓW, 32-420, 402 | | 2 |
| telefon/ telefony | 122514488 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | PORADNIA MEDYCYN Y RODZINNEJ S.C. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LAPANÓW, 32-740, 186 | | |
| telefon/ telefony: | 14 61 34 401 | | |
| identyfikator REGON | 357057710 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | - | POP |
| nazwa: | Poradnia lekarza rodzinnego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LAPANÓW, 32-740, 186 | | 1 |
| telefon/ telefony | 14 61 34 401 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | GINNY 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 | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--|-----------------------|---|
| nazwa: Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu MĘDRZECHÓW, 33-221, 325 | | |
| telefon/ telefony 14 64 37 114 | | |
| Data dodania do wykazu 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92 | 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 | - | POP |
| nazwa: Centrum Doktor Jaworek | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu BĘBŁO, 32-089, Kwiatowa 5 | | |
| telefon/ telefony 124193610 | | |
| Data dodania do wykazu 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93 | 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 | - | POP |
| nazwa: Gabinet lekarza rodzinnego - Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu PROSZOWICE, 32-100, 3 Maja 70 | | |
| telefon/ telefony 123861671 | | |
| Data dodania do wykazu 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94 | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: KRZYSZTOF KUKLA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "GABINET LEKARZA RODZINNEGO" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu KAMIEN, 32-071, ul. Piaski 15 | | |
| telefon/ telefony: 12 28 03 023 | | |
| identyfikator REGON 351518340 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | - | POP |
| nazwa: Poradnia Ogólna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu KAMIEN, 32-071, Piaski 15 | | |
| telefon/ telefony 606941471 | | |
| Data dodania do wykazu 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95 | 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 | - | POP |
| nazwa: Poradnia lekarza POZ - Punkt Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu KŁAJ, 32-015, 820 | | |
| telefon/ telefony 12 28 41 033 | | |
| Data dodania do wykazu 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96 | 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 | W | - |
| nazwa: Szpital Św. Anny w Miechowie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3 | | |
| telefon/ telefony tel. +48 511910667 | | |
| Data dodania do wykazu 09.03.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | - | POP |
| nazwa: Szpital Św. Anny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu MIECHÓW, 32-200, Szpitalna 3 | | |
| telefon/ telefony 413820333 | | |
| Data dodania do wykazu 09.03.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | - | PSP |
| nazwa: Punkt Szczepień Powstecznych - Gabinet 309, III piętro, blok C | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3 | | |
| telefon/ telefony 532394541, 538515150, 413820140 | | |
| Data dodania do wykazu 21.04.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97 | 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|--------------------|---|
| nazwa: | PZOZ W KOZŁOWIE | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOZŁÓW, 32-241, 63 | | |
| telefon/ telefony | 413841324 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIĘDZIBĄ 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 | | - | POP |
| nazwa: | Ośrodek Zdrowia w Dziaduszykach | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIADUSZYCE, 32-218, 25 | | |
| telefon/ telefony | 413847010 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHARCZNYC | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIECHÓW-CHARCZNYCA, 32-250, ul. Miechowska 52 | | |
| telefon/ telefony: | 41 38 36 008 | | |
| identyfikator REGON | 357004984 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | - | POP |
| nazwa: | Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Charsznicy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIECHÓW-CHARCZNYCA, 32-250, Miechowska 52 | | |
| telefon/ telefony | 413836008 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | - | POP |
| nazwa: | Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Charsznicy filia Tczyca | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tczyca, 32-250, Tczyca 168 | | |
| telefon/ telefony | 413837215 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | - | POP |
| nazwa: | Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Książu Wielkim | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KSIĄŻ WIELKI, 32-210, Warszawska 17A | | |
| telefon/ telefony | 4413838017 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | - | POP |
| nazwa: | NZOZ Centrum Medyczne TOP-MED | | |
| 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 | 09.03.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | - | POP |
| nazwa: | Punkt szczytów w ośrodku zdrowia | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RACŁAWICE, 32-222, 155 | | |
| telefon/ telefony | 41 38 33 322 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | - | POP |
| nazwa: | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZUCIN, 33-230, Piłsudskiego 15 | | |
| telefon/ telefony | 146436195 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | - | POP |
| nazwa: | Ośrodek Zdrowia w Słupcu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SŁUPIEC/33-230/Słupiec 320 | | |
| telefon/ telefony | 146431280 | | |
| Data dodania do wykazu | 16.04.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | - | POP |
| nazwa: | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--------------------|---|
| nazwa: | | Ośrodek Zdrowia w Brzeźdowce | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | BRZEŹÓWKA/32-230/Brzeźdówka 155 | | |
| telefon/ telefony | | 146431833 | | |
| Data dodania do wykazu | | 16.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | Punkt Szczepień Powszechnych w Szczucinie | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | SZCZUCIN, 33-230, ul. Kościuski 32 | | |
| telefon/ telefony | | 146436195 | | |
| Data dodania do wykazu | | 29.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103 | | | szczenie personelu | szczenie 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 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOLESŁAWIU | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | BOLESŁAW, 33-220, 168 | | |
| telefon/ telefony | | 146415014 | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104 | | | szczenie personelu | szczenie 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 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | Punkt szczepień ANTIDOTUM Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | NOWY SĄCZ, 33-300, Broniewskiego 3a | | |
| telefon/ telefony | | 1852117014 | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 07.09.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105 | | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | | LEKARZ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | CZERNICÓW, 32-070, ul. Wiślana 2 | | |
| telefon/ telefony: | | 12 27 02 999 | | |
| identyfikator REGON | | 357058632 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | Punkt Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | CZERNICÓW, 32-070, Wiślana 2 | | |
| telefon/ telefony | | 696033997 | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106 | | | szczenie personelu | szczenie 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 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | ZATOR, 32-640, Leszka Palimąki 2 | | |
| telefon/ telefony | | 338412150 | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107 | | | szczenie personelu | szczenie 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 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA ARCUS | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, J. I. Kraszewskiego 118 | | |
| telefon/ telefony | | 184715652 | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108 | | | szczenie personelu | szczenie 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 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | Poradnia lekarza POZ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "REMEDIUM" | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | NOWY SĄCZ, 33-300, Józefa Poniatowskiego 2 | | |
| telefon/ telefony | | 185476750 | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 28.05.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | Punkt Szczepień Powszechnych - Przeciw COVID 19 | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Rokitińczyków 26 | | |

| | | | |
|---|--|-----------------------|---|
| telefon/ telefony | 798816134 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 28.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 28.05.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109 | | 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | punkt szczepień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PRAXIS" sp.z o.o. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, Św. Heleny 30B | | |
| telefon/ telefony | +48184430910 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110 | | 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza Rodzinnego NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego M.Janik | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RACIECHOWICE, 32-415, 140 | | |
| telefon/ telefony | 122715015 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | GINNY 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | GINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRĘBOSZOWIE | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRĘBOSZÓW, 33-260, 142 | | |
| telefon/ telefony | 146416006 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112 | | 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKRZYDLNA, 34-625, 152 | | |
| telefon/ telefony | 183331013 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KASINA WIELKA, 34-741, 546 | | |
| telefon/ telefony | 183314023 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Maria Wójcik - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Korzennie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KORZENNA, 33-322, 338 | | |
| telefon/ telefony: | 18 4417002 | | |
| identyfikator REGON | 491979986 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | punkt szczepień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Korzennie | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KORZENNA, 33-322, 338 | | |
| telefon/ telefony | 184417002 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114 | | 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ AK5 | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-150, Armii Krajowej 5 | | |
| telefon/ telefony | 126298800 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Data wykreślenia z wykazu | | | |
|---|--|---------------------------|--|
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt pobrań-Scanmed | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-536, Podgórska 36 | | |
| telefon/ telefony | 126298800 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ AGH | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-050, Akademicka 5 | | |
| telefon/ telefony | 126298800 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień dla dorosłych | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY ŚĄCZ, 33-300, Zygmunowska 15 | | |
| telefon/ telefony | 126298800 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ AWF | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-571, al. Jana Pawła II 84 | | |
| telefon/ telefony | 126298800 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ UE | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-551, Rakowicka 16 | | |
| telefon/ telefony | 126298800 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ UP | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-048, Podchorążych 2 | | |
| telefon/ telefony | 126298800 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ PK | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-155, Warszawska 24 | | |
| telefon/ telefony | 126298800 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 10 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ UJ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-387, Gronostajowa 7 | | |
| telefon/ telefony | 126298800 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 11 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ KA | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-705, Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1 | | |
| telefon/ telefony | 126298800 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 12 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ B10 | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-693, Adama Bochenka 10 | | |
| telefon/ telefony | 126298800 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 13 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpital św. Rafała | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-693, Adama Bochenka 12 | | |
| telefon/ telefony | 785051886 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Załad Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego w Porębie Wielkiej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PORĘBA WIELKA, 34-735, 278 | | |
| telefon/ telefony | 183317013 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|--|-----------------------|---|
| nazwa: | punkt szczepień Gabinet diagnostyczno-zabiegowy | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIMANOWA, 34-600, M.8.Bolesnej 10 | | |
| telefon/ telefony | 183372232 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117 | | 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet położnej środowiskowo-rodzinnej Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Praktyka Lekarza Rodzinnego" w Nowym Rybciu | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE RYBIE, 34-652, 157 | | |
| telefon/ telefony | 123322111 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118 | | 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Dobrej - Punkt Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRA, 34-642, 545 | | |
| telefon/ telefony | 183330011 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119 | | 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | punkt szczepień Poradnia lekarska POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MSZANA DOLNA, 34-730, Matejki 13 | | |
| telefon/ telefony | 183310028 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120 | | 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet lekarza POZ Jerzmanowice | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JERZMANOWICE, 32-048, Rajska 22 | | |
| telefon/ telefony | 123895009 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ Raclawice | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RACLAWICE, 32-049, Raclawice 54A | | |
| telefon/ telefony | 122829381 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121 | | 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ANDRYCHÓW, 34-120, Starowiejska 17a | | |
| telefon/ telefony | 338705632 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ DOB-MED PIOTR STOPNICKI I PARTNERZY | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRCZYCE, 32-410, Rynek 16 | | |
| telefon/ telefony: | 12 27 13 661 | | |
| identyfikator REGON | 357071911 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRCZYCE, 32-410, Rynek 16 | | |
| telefon/ telefony | 122713661 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123 | | 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARY SĄCZ, 33-340, Królowej Jadwigi 20 | | 2 |
| telefon/ telefony | 18 44 61 172 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124 | | szczenie personelu | szczenie 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 Blonie 1 | | |
| telefon/ telefony: | 12 63 84 099; 12 63 82 377 | | |
| identyfikator REGON | 357047628 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-147, Na Blonie 1 | | 2 |
| telefon/ telefony | 728821631 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-308, NAŁKOWSKIEGO 1 | | 2 |
| telefon/ telefony | 601442110 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Maria Bednarz | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE, 33-322, 228 | | 1 |
| telefon/ telefony | 184417504 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KLUCZE, 32-310, Zawierciańska 14 | | 1 |
| telefon/ telefony | 326428413 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego w Andrychowie | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ANDRYCHÓW, 34-120, Krakowska 140a | | 1 |
| telefon/ telefony | 338757601 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | punkt szczepień Praktyka Lekarza Rodzinnego w Rocznych | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ROCZYNY, 34-120, Bielska 87 | | 1 |
| telefon/ telefony | 338702749 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PABIMED" S.C. PRZEMYSŁAW BIEDRÓN, GRZEGÓRZ BIEDRÓN | | |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet lekarza rodzinnego | | |

| | | | | |
|---|--|--|--------------------|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | KRAKÓW, 30-218, Królowej Jadwigi 203 | - | POP |
| telefon/ telefony | | 126254444 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130 | | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | | PORADNIA PEDIATRYCZNO-INTERNISTYCZNA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | MYSLENICE, 32-400, ul. Szpitalna 2A | | |
| telefon/ telefony: | | 12 27 30 259 | | |
| identyfikator REGON | | 357066525 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | Poradnia Pediatryczno-Internistyczna | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | MYSLENICE, 32-400, Szpitalna 2A | - | 1 |
| telefon/ telefony | | 122730259 | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131 | | | szczenie personelu | szczenie 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 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | Gabinet lekarza rodzinnego | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | GRÓDEK NAD DUNAJCEM, 33-318, 170 | - | 2 |
| telefon/ telefony | | 184401444 | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 07.06.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132 | | | szczenie personelu | szczenie 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 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej "SALUS" | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | ŁUŻNA, 38-322, 609 | - | 1 |
| telefon/ telefony | | 18 354 30 44 | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133 | | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GMINIE JABLONKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | JABLONKA, 34-480, ul. 3 Maja 7. | | |
| telefon/ telefony: | | 18 26 42 021 | | |
| identyfikator REGON | | 491984958 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | ORAWSKIE CENTRUM ZDROWIA W JABLONCE | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | JABLONKA, 34-480, 3 MAJA 7 | - | 1 |
| telefon/ telefony | | 182642022 | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134 | | | szczenie personelu | szczenie 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 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | Poradnia (gabinet) podstawowej opieki zdrowotnej | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | PALEŚNICA, 32-842, 109 | - | 1 |
| telefon/ telefony | | 146654106 | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 21.04.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135 | | | szczenie personelu | szczenie 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 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej OSIEDLE UROCZE | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | KRAKÓW, 31-952, OS. UROCZE 2 | - | 2 |
| telefon/ telefony | | 12 64 42 755 | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136 | | | szczenie personelu | szczenie 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 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | Punkt Szczepień - Kraków | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | KRAKÓW, 30-695, A. Schweitzera 7 | - | |

| | | | |
|---|---|---------------------------|--|
| telefon/ telefony | 503088166 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień - Trąbki | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIELICZKA, 32-020, Trąbki 430 | | |
| telefon/ telefony | 503088166 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KROŚCIENKO NAD DUNAJCEM, 34-450, Esperanto 2 | | |
| telefon/ telefony | 182623046 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 138 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLANKA WIELKA, 32-607, DŁUGA 3 | | |
| telefon/ telefony | 33848823 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | "WOJNICIE 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 | 651732773 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Wojnickie Centrum Medyczne Sp. z o.o. NZOZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOJNICZ, 32-830, Rolnicza 3 | | |
| telefon/ telefony | 146790308 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCINA 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet ogólny lekarza rodzinnego | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-352, Włodzimierza Tetmajera 2 | | |
| telefon/ telefony | 126384956 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCINA RODZINNA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-352, Tetmajera 2 | | |
| telefon/ telefony | 126384956 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 141 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA PRZECISZÓW | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZECISZÓW, 32-641, DŁUGA 4 | | |
| telefon/ telefony | 338413278 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 142 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SAMODZIELNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W BIAŁYM DUNAJCU | - | POP |
| 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 143 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | ZESPÓŁ PRZYCHODNI I OŚRODKÓW ZDROWIA-KRZESZOWICKE 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRZESZOWICE, 32-065, Legionów Polskich 30 | | 1 |
| telefon/ telefony | 122820287 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - KRZESZOWICE | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRZESZOWICE, 32-065, ul. Szkolna 7 | | 2 |
| telefon/ telefony | 600585933 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 03.08.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 144 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-214, Bałtycka 3 | | 1 |
| telefon/ telefony | 124153100 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 28.09.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 145 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej WOZ w Lesnicy-Groniu Punkt Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEŚNICA, 34-406, Szkolna 3 | | 1 |
| telefon/ telefony | 18 26 561 44/ 18 26 348 38 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 146 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKALE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKALA, 32-043, ul. Słomnicka 69 | | |
| telefon/ telefony: | 12 38 91 005 | | |
| identyfikator REGON | 357046706 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Przychodnia Rejonowa w Skale | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKALA, 32-043, ul. Słomnicka 69 | | 2 |
| telefon/ telefony | 123890000 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Ośrodek Zdrowia w Cjanowicach | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CJANOWICE, 32-043, ul. Krakowska 250 | | 1 |
| telefon/ telefony | 660 724 045 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 147 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-053, KRONIKARZA GALLA 24 | | 1 |
| telefon/ telefony | 126372971 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 148 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SPÓŁKA LEKARSKA NA KOZŁÓWCE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-664, ul. Na Kozłowiec 29 | | |
| telefon/ telefony: | 12 65 81 611 | | |
| identyfikator REGON | 357077658 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-664, Na Kozłowiec 29 | | 1 |
| telefon/ telefony | 126581611 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|--------------------|---|
| nazwa: | Punkt Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-552, Wielicka 76 b | | |
| telefon/ telefony | 12 65 81 611 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 149 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | LUB-MED OLGA CZARNEKA-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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIEŃ, 32-433, 475 | | |
| telefon/ telefony | 182682012 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 150 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SUŁOZOWEJ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUŁOZOWA, 32-045, ul. Bankowa 6 | | |
| telefon/ telefony: | 12 38 96 054 | | |
| identyfikator REGON | 357101894 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PIKNT SZCZEPIEN | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUŁOZOWA, 32-045, BANKOWA 6 | | |
| telefon/ telefony | 123896054 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 151 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Rejonowa w Nowym Wiśniczu | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY WIŚNICZ, 32-720, Podzamcze 4 | | |
| telefon/ telefony | 146128792 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Zdrowia w Królówce | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRÓLÓWKA, 32-722, Królówka 356 | | |
| telefon/ telefony | 146129477 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 152 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LISZKACH | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LISZKI, 32-060, 427 | | |
| telefon/ telefony | 123067077 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 153 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUCHA BESKIDZKA, 34-200, Mickiewicza 56 | | |
| telefon/ telefony | 338741833 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 154 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W TRZYCIAŹU | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZYCIAŹ, 32-353, ul. Zdrowa 6 | | |
| telefon/ telefony: | 12 38 94 023 | | |
| identyfikator REGON | 357108301 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEN | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZYCIAŹ, 32-353, Zdrowa 6 | | |
| telefon/ telefony | 123894023 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 155 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |

| | | | |
|---|--|---------------------------|--|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LOSOSINIE DOLNEJ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LOSOSINA DOLNA, 33-314, 170 | | |
| telefon/ telefony: | 18 444800 | | |
| identyfikator REGON | 491992834 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LOSOSINIE DOLNEJ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LOSOSINA DOLNA, 33-314, 170 | | 1 |
| telefon/ telefony | 184448008 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 156 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | KLIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-898, ul. ks. Jerzego Popiełuski 42 | | |
| telefon/ telefony: | 126585808 | | |
| identyfikator REGON | 357082582 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Stary Bieżanów" | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-898, Henryka Sucharskiego 62 | | 2 |
| telefon/ telefony | 126585808 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 157 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczytów-Przychodnia na Wzgórzach | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-721, Na Wzgórzach 1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 12 68 14 727 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 158 | | szczenie personelu | szczenie 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 | 85177899 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LISIA GÓRA, 33-140, SUCHARSKIEGO 3A | | 1 |
| telefon/ telefony | 146784999 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARE ŻUKOWICE, 33-151, 125 | | 1 |
| telefon/ telefony | 146786608 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 159 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Miejska Przychodnia | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĄBROWA TARNOWSKA, 33-200, Piłsudskiego 23 | | 1 |
| telefon/ telefony | 146422405 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 160 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Rejonowa Nr 1 - PUNKT SZCZEPIEN | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIĘCIM, 32-600, Żwirki i Wigury 5 | | 1 |
| telefon/ telefony | 694939150 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Rejonowa Nr 2 - PUNKT SZCZEPIEN | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIĘCIM, 32-600, Czecha 2 | | 1 |
| telefon/ telefony | 694939150 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Rejonowa Nr 3 - PUNKT SZCZEPIEN | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIĘCIM, 32-600, Słowackiego 1 | | |

| | | | |
|---|---|---------------------------|--|
| telefon/ telefony | 694939150 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Rejonowa Nr 4 - PUNKT SZCZEPIEN | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIĘCIM, 32-600, Garbarska 1 | | |
| telefon/ telefony | 694939150 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powstecznych - Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Oświęcimiu | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Chemików 4 | | |
| telefon/ telefony | 797355518 | | |
| Data dodania do wykazu | 23.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 17.08.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 161 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZIEMIANSKY 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia medycyny rodzinnej NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZIEMIANSKY SPÓŁKA JAWNA | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RABKA-ZDRÓJ, 34-700, Podhalańska 21D | | |
| telefon/ telefony | 182676915 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 162 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | ERDA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-898, ul. Michała i Stanisława Jagierzów 27B | | |
| telefon/ telefony: | 602608619 | | |
| identyfikator REGON | 357139537 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ Przychodnia Zdrowia Biešanów | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-898, Ks. Jerzego Popiełuszki 42A | | |
| telefon/ telefony | 515839898 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 163 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEN P. COVID-19 - Sala WDK | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSIEK, 32-608, ul. Główna 125 | | |
| telefon/ telefony | 338458239 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Lekarski w Głębocicach | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁĘBOWICE, 32-608, Oświęcimska 8 | | |
| telefon/ telefony | 338755421 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 164 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA LESLAW 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska - Gabinet lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIMANOWA, 34-600, ul. Piłsudskiego 12 | | |
| telefon/ telefony | 183372527 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 165 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | GINNY 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKRZYSZÓW, 33-156, 645 | | |
| telefon/ telefony | 146745008 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Szymaldzie | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZYNWALD, 33-158, Szymwald 10a | | |
| telefon/ telefony | 146742004 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|--------------------|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PLEŚNA, 33-171, 284 | | |
| telefon/ telefony | 146798110 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JANOWICE, 33-115, 183 | | |
| telefon/ telefony | 146799001 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LICHWIN, 33-172, 180A | | |
| telefon/ telefony | 146758051 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 167 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinety Lekarza Ogólnego | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIECHÓW, 32-200, Szpitalna 1F | | |
| telefon/ telefony | 413890100 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza Ogólnego | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIECHÓW, 32-200, Szpitalna 3 | | |
| telefon/ telefony | 41 38 30 290 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 168 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Miejska Przychodnia Lekarska Nr I NZOZ Sp. z o.o. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, Chemiczna 12 | | |
| telefon/ telefony | 146330691 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 169 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, Wałowa 22 | | |
| telefon/ telefony | 146889020 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 170 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, Osiedle Niepodległości 3A | | |
| telefon/ telefony | 146888185 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | MIEJSKA PRZYCHODNIA LEKARSKA NR IV NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, Osiedle Niepodległości 3A | | |
| telefon/ telefony | 146888185 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|--------------------|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 171 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, Długa 18 | | |
| telefon/ telefony | 14 62 42 217 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 172 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, Mostowa 6 | | |
| telefon/ telefony | 146324231 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zespół Przychodni Specjalistycznych Sp. z o.o. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1 | | |
| telefon/ telefony | 146324257 | | |
| Data dodania do wykazu | 16.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Hala Sportowo Widowiskowa | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Gumniska 28 | | |
| telefon/ telefony | 146882576, 146882577 | | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 14.09.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 173 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ KRAKÓW-PÓŁDNIENIE 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-515, Generała Tadeusza Kutrzeby 4 | | |
| telefon/ telefony | 122654600 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 174 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza rodzinnego | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY TARG, 34-400, al. Mikołaja Kopernika 7 | | |
| telefon/ telefony | 182646160 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 175 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Pielęgniarki POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-976, Osiedle Szkolne 9 | | |
| telefon/ telefony | 126441642 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 176 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW-ŚRÓDMIEŚCIE, 31-435, Radomska 36 | | |
| telefon/ telefony | 124112644 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 177 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | |
| telefon/ telefony | | | |
| identyfikator REGON | | | |

| | | | |
|---|---|---------------------------|--|
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Jagiellońskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. - Punkt Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-832, Osiedle Jagiellońskie 1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 728427285 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 178 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NZDZ "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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | punkt szczepień NZDZ "PRAKTIMED" Sp. z o. o. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-422, Strzelców 15 | | 1 |
| telefon/ telefony | 124114124 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 179 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia domowego leczenia tlenem | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-131, Młodej Polski 7 | | 2 |
| telefon/ telefony | 12415812 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień Galeria Bronowice | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-346, ul. Stawowa 61 | | 4 |
| telefon/ telefony | 124158112 | | |
| Data dodania do wykazu | 12.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień Galeria Czyżyny | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-870, ul. Medveckiego 2 | | 4 |
| telefon/ telefony | 124158112 | | |
| Data dodania do wykazu | 27.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień Galeria Bonarka | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-644, ul. Henryka Kamieńskiego 11 | | 3 |
| telefon/ telefony | 123522330 | | |
| Data dodania do wykazu | 20.12.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 180 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW-KROWODRZA, 31-322, Józefa Mehoffera 6 | | 1 |
| telefon/ telefony | 126383818 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-350, Zachodnia 5/12A | | 1 |
| telefon/ telefony | 122676260 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 181 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kozłówek Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-664, ul. Na Kozłównce 29 | | |
| telefon/ telefony: | 12 6502016 | | |
| identyfikator REGON | 357206363 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-664, NA KOZŁÓWCE 29 | | 1 |
| telefon/ telefony | 126502016 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-664, NA KOZŁÓWCE 29 | | 1 |
| telefon/ telefony | 126502026 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |

| | | | |
|---|---|-----------------------|---|
| Data wykreslenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 182 | | 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna Nr 2 | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZESZCZE, 32-620, Piłsudskiego 6 | | |
| telefon/ telefony | 32 21 10 005 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreslenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 183 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZY RODZINNYCH BOREK FALECKI 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ - Niemcewicz | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-424, Juliana Ursyna Niemcewicza 7 | | |
| telefon/ telefony | 122662710 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreslenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarzy Rodzinnych Borek Falecki filia Raciborska | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-324, ul. Raciborska 17 | | |
| telefon/ telefony | 122573885 | | |
| Data dodania do wykazu | 16.04.2021 | | |
| Data wykreslenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 184 | | 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BUKOWNO, 32-332, Zwycięstwa 9 | | |
| telefon/ telefony | 32 64 21 033 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreslenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 185 | | 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne w Tymbarcu Punkt Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TYMBARK, 34-650, 315 | | |
| telefon/ telefony | 183325220 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreslenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 186 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ "ESKULAP" SPÓŁKA CYWILNA EWA MAJDA, BERNARDA PIUSZCZEWICZ 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Opieki Medycznej ESKULAP - PUNKT SZCZEPIEN | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLKUSZ, 32-300, Króla Kazimierza Wielkiego 28 | | |
| telefon/ telefony | 326474030 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreslenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 187 | | 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEN | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLKUSZ, 32-300, Nałkowskiej 1 | | |
| telefon/ telefony | 326433795 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreslenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 188 | | 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 | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--------------------|---|
| nazwa: Centrum Medyczne KROMED | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu GRYBÓW, 33-330, Grunwaldska 7 | | |
| telefon/ telefony 184450352 | | |
| Data dodania do wykazu 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 189 | szczenie personelu | szczenie 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 | - | POP |
| nazwa: Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu BOBOWA, 38-350, Węgierska 25 | | |
| telefon/ telefony 183514610 | | |
| Data dodania do wykazu 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 190 | szczenie personelu | szczenie 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 | - | POP |
| nazwa: CMC Cracow Medicum Center Poradnia lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu KRAKÓW, 30-002, Prądnicka 10 | | |
| telefon/ telefony 126334033 | | |
| Data dodania do wykazu 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 191 | szczenie personelu | szczenie 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 | - | POP |
| nazwa: Poradnia lekarza rodzinnego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu NOWY TARG, 34-400, Wojska Polskiego 14 | | |
| telefon/ telefony 182662148 | | |
| Data dodania do wykazu 09.03.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | - | POP |
| nazwa: Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu NOWY TARG, 34-400, Marii Pajerskiej 8A | | |
| telefon/ telefony 185491666 | | |
| Data dodania do wykazu 09.03.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | - | POP |
| nazwa: Poradnia POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu OCHOŃNICA GÓRNA, 34-453, os. Zawady 205 | | |
| telefon/ telefony 182624111 | | |
| Data dodania do wykazu 09.03.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | - | POP |
| nazwa: Gabinet lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu ŁĘTOWNIA, 34-242, 269 | | |
| telefon/ telefony 182773005 | | |
| Data dodania do wykazu 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 192 | szczenie personelu | szczenie 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 | - | POP |
| nazwa: Poradnia Lekarza Rodzinnego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu WOLBROM, 32-340, Skalska 22 | | |
| telefon/ telefony 326441029 | | |
| Data dodania do wykazu 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 193 | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: Niepubliczny Załad 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 | - | POP |
| nazwa: "Pro-med" Sp. z o.o. PUNKT SZCZEPIEN | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu KRAKÓW, 31-909, os. Na Skarpie 6 | | |
| telefon/ telefony 126441756 | | |
| Data dodania do wykazu 09.03.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 194 | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Samodzielny Niepubliczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Szalowej Lisik Tomasz | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZALOWA, 38-331, 419 | | 1 |
| telefon/ telefony | 183523023 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 195 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BOMED" SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY MEDYCYNY: LUCYNY BRONIEK I ARKADIUSZA JĄGŁY | | |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOBOWA, 38-350, Św. Zofii 4 | | 1 |
| telefon/ telefony | 183514444 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 196 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOSZYCE, 32-130, Moniuszki 11 | | 1 |
| telefon/ telefony | 413514010 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 197 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA "MEDYCINA" 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA MIEJSKA W ALWERNI | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ALWERNIA, 32-566, GĘSIKOWSKIEGO 16 | | 1 |
| telefon/ telefony | 122832167 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 198 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-131, Młodej Polski 7 | | 1 |
| telefon/ telefony | 126375370 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 199 | | szczenie personelu | szczenie 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. Szafarska 93 C | | |
| telefon/ telefony: | 18 26 40 040 | | |
| identyfikator REGON | 492045530 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medycyny Rodzinnej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY TARG, 34-400, Szafarska 93 C | | 1 |
| telefon/ telefony | 182640040 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 200 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Zabawie | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZABAWA, 33-133, Bł. Karoliny Kózkówny 83/1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 146226012 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 201 | | szczenie personelu | szczenie 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 | 35726874 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLKUSZ, 32-300, Króla Kazimierza Wielkiego 110 | - | POP |
| telefon/ telefony | 326470105 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 202 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-315, Szwedzka 27 | - | POP |
| telefon/ telefony | 12 26 96 141 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 203 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-053, Kronikarza Galla 25 | - | POP |
| telefon/ telefony | 122947011 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 204 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKAWINA, 32-050, Ks.J.Popiełuszki 2a | - | POP |
| telefon/ telefony | 122761957 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 205 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Samodzielny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "BOMED" Sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRYBÓW, 33-330, Kościuszki 17 | - | POP |
| telefon/ telefony | 184450310 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 206 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RZEPIENNIK STRYZEWSKI, 33-163, 396 | - | POP |
| telefon/ telefony | 515515509 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SALUBRIS ODDZIAŁ TUCHÓW | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TUCHÓW, 33-170, Zielona 15 | - | POP |
| telefon/ telefony | 146523301 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 207 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | "Centrum Zdrowia Zakliczyn" spółka cywilna Jerzy Woźniak, Paula Kołodziej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKLICZYN, 32-840, ul. Tarnowska 9 | | |
| telefon/ telefony: | 14 6653999 | | |
| identyfikator REGON | 852486721 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Centrum Zdrowia" | | |

| | | | | |
|---|--|--|-----------------------|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | ZAKLICZYN, 32-840, ul. Tarnowska 9 | - | POP |
| telefon/ telefony | | 146653999 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 208 | | | 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 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | LASERMED | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | NOWY TARG, 34-400, Krzywca 17 | - | 1 |
| telefon/ telefony | | 188880200 | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | LASERMED - Gabinet zabiegowy | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | NOWY TARG, 34-400, Krzywca 17 | - | 1 |
| telefon/ telefony | | 188880200 | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 209 | | | 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 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Zdrowia w Słomnikach | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | SŁOMNIKI, 32-090, św. Jadwigi Królowej 2 | - | 11 |
| telefon/ telefony | | 123882999 | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 210 | | | 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 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | Gabinet Lekarza POZ | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | KOSSOWA, 34-114, 15 | - | 1 |
| telefon/ telefony | | 338792006 | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 211 | | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | | GABINET LEKARSKI KRYSZYNA KOCĄNDA-LAPCZYŃSKA 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 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | Praktyka Lekarza Rodzinnego GABINET LEKARSKI KRYSZYNA KOCĄNDA-LAPCZYŃSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | DEBNO, 34-434, Długa 76 | - | 1 |
| telefon/ telefony | | 182751886 | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 212 | | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Świątyniach 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 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | Gabinet Lekarza Rodzinnego | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | ŚWIĄTNIKI GÓRNE, 32-040, Krakowska 2 | - | 1 |
| telefon/ telefony | | 122704899 | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 213 | | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | | SAMODZIELNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZABNIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | ZABNO, 33-240, ul. Aleja Piłsudskiego 7 | | |
| telefon/ telefony: | | 14 64 56 557 | | |
| identyfikator REGON | | 852481706 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | Przychodnia Rejonowa w Zabnie | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | ZABNO, 33-240, al. Piłsudskiego 7 | - | 2 |
| telefon/ telefony | | 146456570 | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | | Gminny Ośrodek Zdrowia w Wietrzychowicach | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | WIETRZYCHOWICE, 33-270, 2 | - | |

| | | | |
|---|---|---------------------------|--|
| telefon/ telefony | 0146418008 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Wiejski Ośrodek Zdrowia Niedomice z siedzibą w Ilkowicach | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ILKOWICE, 33-132, Złota Góra 9 | | |
| telefon/ telefony | 0146457111 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 214 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Leczniczo-Profilaktyczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ASKLEPIOS" | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOBIN, 32-100, 91 | | |
| telefon/ telefony | 123866555 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 215 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne KOL-MED w Tarnowie - Punkt Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, Plac Dworcowy 6 | | |
| telefon/ telefony | 146276075 146213848 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 216 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | MAREK LEWEK Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia w Szymbarku | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZYMBAK, 38-311, 574 | | |
| telefon/ telefony: | 18 35 13 162 | | |
| identyfikator REGON | 492700740 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia Szymbark | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZYMBAK, 38-311, 574 | | |
| telefon/ telefony | 183513162 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 217 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-033, Henryka Sienkiewicza 34 | | |
| telefon/ telefony | 12 63 30 363 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 218 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUM" Petlic L.s.p. Ośrodek Zdrowia w Nowodworzu | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWODWORZE, 33-112, 70 | | |
| telefon/ telefony | 14 67 95 124 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUM" Petlic L.s.p. Ośrodek Zdrowia w Woli Rzędzińskiej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOLA RZĘDZIŃSKA, 33-150, 184a | | |
| telefon/ telefony | 14 67 92 194 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 219 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Medycyny Rodzinnej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RABKA - ZDRÓJ, 34-700, Poniatowskiego 6 | | |

| | | | |
|---|---|--------------------|---|
| telefon/ telefony | 182676515 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 220 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOSZCZENICA, 38-321, Gorlicka 185 | - | POP |
| telefon/ telefony | 183541885 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 221 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Aleksander Więcek | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ROZNÓW, 33-316, 406 | | |
| telefon/ telefony: | 18 44 03 022 | | |
| identyfikator REGON | 490571540 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka lekarza rodzinnego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ROZNÓW, 33-316, 406 | - | POP |
| telefon/ telefony | 184403022 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 222 | | szczenie personelu | szczenie 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 | 36232170 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet zabiegowy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GORLICE, 38-300, Władysława Broniewskiego 9 | - | POP |
| telefon/ telefony | 183527433 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 223 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLKUSZ, 32-300, gen. Buchowieckiego 15A | - | POP |
| telefon/ telefony | 501605410 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 224 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "UMAMED" SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY: URSZULA 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GORLICE, 38-300, Słoneczna 11 | - | POP |
| telefon/ telefony | 183546900 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 225 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet lekarski POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GORLICE, 38-300, Władysława Jagiełły 10 | - | POP |
| telefon/ telefony | 183536597 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 226 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BARCICE, 33-342, 422 | - | POP |
| telefon/ telefony | 501527560 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |

| Data wykreślenia z wykazu | | | |
|---|---|---------------------------|--|
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSOWA-ZDRÓJ, 38-316, 109 | | 1 |
| telefon/ telefony | 183530262 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 227 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WIELOMIED 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet lekarza internisty | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIELOGŁOWY, 33-311, 45 | | 2 |
| telefon/ telefony | 184432510 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 228 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Medycyny Rodzinnej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SPYTKOWICE, 34-745, 26 | | 1 |
| telefon/ telefony | 182688581 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 229 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NZOZ Danuta Mraźek | | |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ Kasinka Mała MEDYCYNĄ RODZINNĄ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KASINKA MAŁA, 34-734, 822 | | 1 |
| telefon/ telefony | 183313031 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ Raba Niżna MEDYCYNĄ RODZINNĄ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RABA NIŻNA, 34-730, 218 | | 1 |
| telefon/ telefony | 183316060 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 230 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIEKELNIK, 34-472, 129 C | | 1 |
| telefon/ telefony | 182639099 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 231 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | nzo2 Sękowa | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SĘKOWA, 38-307, 323 | | 1 |
| telefon/ telefony | 183518092 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 232 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Medycyny Rodzinnej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KLIKUSZOWA, 34-404, 40a | | 1 |
| telefon/ telefony | 182651424 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|--------------------|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 233 | | szczenie personelu | szczenie 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 | ŁUDZMIERZ, 34-471, ul. Podhalańska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 18 26 55 524 | | |
| identyfikator REGON | 492836852 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego w Ludzmierzu | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁUDZMIERZ, 34-471, Podhalańska 2 | | |
| telefon/ telefony | 182655524 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego w Ostrowsku | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWSKO, 34-431, Za Potokiem 2 | | |
| telefon/ telefony | 182653923 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego w Nowej Białej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWA BIAŁA, 34-433, Główna 5 | | |
| telefon/ telefony | 182851323 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego w Gronkowie | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRONKÓW, 34-400, 207 | | |
| telefon/ telefony | 182656037 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 234 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medycyny Rodzinnej Gnojnik | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GNOJNIK, 32-864, 537 | | |
| telefon/ telefony | 146869965 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 235 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDIC S.C. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TYLMANÓWA, 34-451, os. Bliszcz 223 | | |
| telefon/ telefony: | 18 262 50 26 | | |
| identyfikator REGON | 492836438 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia ogólna | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TYLMANÓWA, 34-451, os. Bliszcz 223 | | |
| telefon/ telefony | 182625026 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 236 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zakład Opieki Zdrowotnej "Legis Artis" | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIECZ, 38-340, Przedmieście Dolne 167 | | |
| telefon/ telefony | 134470044 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 237 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne Promed | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-411, Nad Strugą 7 | | |
| telefon/ telefony | 124151101 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 238 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szerzynie | | |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|--------------------|---|
| nazwa: | Gabinet lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 5ZERZYNY, 38-246, 26 | | |
| telefon/ telefony | 146517268 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 239 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Leczenia i Rehabilitacji | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIELICZKA, 32-020, Park Kingi 1 budynek I | | |
| telefon/ telefony | 122787368 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powstecznych "Regis" | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIELICZKA, 32-020, ul. Plac Kościuszki 9 | | |
| telefon/ telefony | 122787512 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 28.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 07.09.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 240 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "TWOJ LEMARZ" - LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-135, STEFANA BATOREGO 3 | | |
| telefon/ telefony | +48126338828 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 241 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | EMANUEL KAPALA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PALECZYNICA, 32-109, ul. Francuska 10 | | |
| telefon/ telefony: | 413848006 | | |
| identyfikator REGON | 072705368 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PALECZYNICA, 32-109, Francuska 10 | | |
| telefon/ telefony | 413848006 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 242 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Izabela Wróblewska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZABÓRÓW, 32-821, 90 | | |
| telefon/ telefony: | 14 671 52 52 | | |
| identyfikator REGON | 852530178 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Izabela Wróblewska - Poradnia Medycyny Rodzinnej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZABÓRÓW, 32-821, 90 | | |
| telefon/ telefony | 146715252 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 243 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Zdrowia w Skawicy Anna Trawińska | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKAWICA, 34-221, 448 | | |
| telefon/ telefony | 338775313 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 244 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Starosądecki Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ESKULAP" Sp. z o.o. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARY SĄCZ, 33-340, Królowej Jadwigi 20 | | |
| telefon/ telefony | 662576288 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 245 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ "HIPOKRATES" | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘTY, 32-650, Henryka Sienkiewicza 13 | | 1 |
| telefon/ telefony | 33 84 75 800 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 246 | | szczenie personelu | szczenie 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 | 49293874 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MUSZYNA, 33-370, ZEFIRKA 6 | | 3 |
| telefon/ telefony | 184777819 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 247 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Halina Szczerbińska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HWKOWA, 32-861, 609 | | |
| telefon/ telefony: | 14 68 44 310 | | |
| identyfikator REGON | 850123397 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HWKOWA, 32-861, 458 | | 1 |
| telefon/ telefony | 146844310 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 248 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Barbara Szczerwowska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĄCKO, 33-390, 565 | | |
| telefon/ telefony: | 18 4446666 | | |
| identyfikator REGON | 490717267 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej NZOZ - Praktyka Lekarza Rodzinnego Barbara Szczerwowska | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĄCKO, 33-390, 662 | | 2 |
| telefon/ telefony | 184446666 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 249 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ MEDYK Sp. z o.o. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZUROWA, 32-820, Rynek 1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 146714777 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 250 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-236, al. 29 Listopada 178A | | 1 |
| telefon/ telefony | 126654285 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 251 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PRZY BASENIE" Sp. z o.o. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ANDRYCHÓW, 34-120, Aleja Adama Wietrznego 3 | | 2 |
| telefon/ telefony | 338704990 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 252 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |

| | | | |
|---|---|---------------------------|--|
| nazwa: | Miroslaw Lejawa 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza Rodzinnego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JURKÓW, 32-860, 379/3 | - | POP |
| telefon/ telefony | 146842202 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 253 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Dariusz Drożdż "DARMED" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZCHÓW, 32-860, ul. Sąddecka 183 | | |
| telefon/ telefony: | 14 68 43 090 | | |
| identyfikator REGON | 851701850 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "DARMED" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZCHÓW, 32-860, Sąddecka 183 | - | POP |
| telefon/ telefony | 146843090 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia medycyny rodzinnej w Czochowie Filia w Żłotej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻŁOTA, 32-859, - | - | POP |
| telefon/ telefony | 146639009 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.06.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 254 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | ESKULAP MAŁGORZATA KLIMCZAK, KRYSZTIAN KWAŚNIEWSKI 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ESKULAP" s.c. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZAWNICA, 34-460, Jana Wiktora 17a | - | POP |
| telefon/ telefony | 182622219 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 255 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZYNICE, 34-623, 188 | - | POP |
| telefon/ telefony | 183320400 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 256 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "CERTUS" filia w Myślenicach ul. Jagiello 1 | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MYŚLENICE, 32-400, Władysława Jagiello 1 | - | POP |
| telefon/ telefony | 123127120 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "CERTUS" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MYŚLENICE, 32-400, Drogowców 5 | - | POP |
| telefon/ telefony | 122725670 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 257 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | DOCTUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MYŚLENICE, 32-400, Szpitalna 2 | - | POP |
| telefon/ telefony | 531161255 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 258 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy nr 1 | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BABICE, 32-551, JANA GOŁĄBA 1 | - | POP |
| telefon/ telefony | 326134101 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PSARY, 32-545, WSPÓLNA 6 | - | POP |
| telefon/ telefony | 326115105 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 259 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej INMED | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLISKA, 33-172, 231A | - | POP |
| telefon/ telefony | 146527200 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 260 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-392, Opolska 114 | - | POP |
| telefon/ telefony | 223322888 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-418, Księdza Józefa Tischnera 8 | - | POP |
| telefon/ telefony | 223322888 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-415, Wadowicka 8W | - | POP |
| telefon/ telefony | 223322888 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-216, Andrzeja Frycza-Modrzewskiego 2 | - | POP |
| telefon/ telefony | 223322888 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Józefa Poniatowskiego 2 | - | POP |
| telefon/ telefony | 798816134 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 28.05.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powiatowych - Szkoła Podstawowa nr 21 | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Rokitmiańczyków 26 | - | PSP |
| telefon/ telefony | 798816134 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 28.05.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 10.12.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 261 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ELVITA NZOZ GÓRNICZY ZAKŁAD LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO W LIBIAŻU | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIBIAŻ, 32-590, GÓRNICZA 5 | - | POP |
| telefon/ telefony | 32 624 21 36, 32 627 04 51 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIĘCIM, 32-600, Chemików 5 | - | POP |
| telefon/ telefony | 33 8449381 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |

| Data wykreślenia z wykazu | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBINIA, 32-540, HARCERSKA 13 | | |
| telefon/ telefony | 32 6121002 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Elvita NZOZ Trzebinia Matejki | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBINIA, 32-541, ul. J. Matejki 39 | | |
| telefon/ telefony | 326121013 | | |
| Data dodania do wykazu | 27.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Elvita NZOZ Trzebinia Osiedle Widokowe | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBINIA, 32-540, os. Widokowe 23 | | |
| telefon/ telefony | 327110505 | | |
| Data dodania do wykazu | 27.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Elvita NZOZ Trzebinia Myślachowice | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MYŚLACHOWICE, 32-543, ul. Trzebińska 7 | | |
| telefon/ telefony | 326137017 | | |
| Data dodania do wykazu | 27.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Elvita NZOZ Trzebinia Bołecin | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOŁECIN, 32-540, ul. Topolowa 2 | | |
| telefon/ telefony | 326458359 | | |
| Data dodania do wykazu | 27.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 262 | | 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | W | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3 | | |
| telefon/ telefony | 48126308323 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3 | | |
| telefon/ telefony | +48126308323 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3 | | |
| telefon/ telefony | 126308324 | | |
| Data dodania do wykazu | 22.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 14.03.2022 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 263 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | INSTYTUT GRUŹLICY I CHOROŃ 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | punkt szczepień INSTYTUT GRUŹLICY I CHOROŃ PŁUC | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Prof. Jana Rudnika 3B | | |
| telefon/ telefony | 0182676060 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | INSTYTUT GRUŹLICY I CHOROŃ 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 264 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Parkowa 2. | | |
| telefon/ telefony: | 14 628 41 43 | | |
| identyfikator REGON | 852752584 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia medycyny pracy | - | POP |
| 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Rodzina nMedica | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Parkowa 2 | | |
| telefon/ telefony | 14 628 41 43 | | |

| | | | |
|---|---|--------------------|---|
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 265 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | MEDEA spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MICHAŁOWICE, 32-091, ul. Krakowska 229 | | |
| telefon/ telefon | 12 38 85 699 | | |
| identyfikator REGON | 356878008 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Rodzinnego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MICHAŁOWICE, 32-091, ul. Krakowska 229 | - | POP |
| telefon/ telefon | 123885199 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 266 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Jolanta Wiśniecka - Tyrawa | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIELICZKA, 32-020, ul. Adama Mickiewicza 10/CD | | |
| telefon/ telefon | 601 426 590 | | |
| identyfikator REGON | 120020886 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | WIELMED NZOZ Lekarze Rodzinni | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIELICZKA, 32-020, Adama Mickiewicza 10 c, d | - | POP |
| telefon/ telefon | 122890330 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 267 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Krzysztof Niżnik | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIDZINA, 34-236, 797 | | |
| telefon/ telefon | 18 26 73 187 | | |
| identyfikator REGON | 490399710 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK ZDROWIA W SIDZINIE - Punkt szczyt | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIDZINA, 34-236, 721 | - | POP |
| telefon/ telefon | 182673187 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 268 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Marek Jaworski | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSIELEC, 34-234, 540 | | |
| telefon/ telefon | 18 2773907 | | |
| identyfikator REGON | 490177820 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | punkt szczyt Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Osielcu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSIELEC, 34-234, 540 | - | POP |
| telefon/ telefon | 182773907 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 269 | | szczenie personelu | szczenie 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/ telefon | 126262024 | | |
| identyfikator REGON | 120040222 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zespół Poradni Specjalistycznych w Nowym Sączu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, Jana Kilińskiego 68 | - | POP |
| telefon/ telefon | 185400200 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 270 | | szczenie personelu | szczenie 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/ telefon | 18 3534120 | | |
| identyfikator REGON | 369747492 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ROPA, 38-312, 680 | - | POP |
| telefon/ telefon | 183534120 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 271 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | EWA BUGAJSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIELICZKA, 32-020, UL. BOLESŁAWA SZPUNARA 20A | | |
| telefon/ telefon | 601 860 740 | | |
| identyfikator REGON | 351409906 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIELICZKA, 32-020, Bolesława Szpunara 20A | - | POP |
| telefon/ telefon | 724179020 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |

| | | | |
|---|---|--------------------|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 272 | | szczenie personelu | szczenie 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 | 35099312 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIELICZKA, 32-020, Bolesława Szpunara 19 | | |
| telefon/ telefony | 122784000 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 273 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOCHNIA, 32-700, PROSZOWSKA 1 | | |
| telefon/ telefony | 146105359 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 274 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOLKOWICE GÓRNE, 33-340, 119 | | |
| telefon/ telefony | 184463346 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 275 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | MIROSLAWA 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 | 12031623 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY TARG, 34-400, Wojska Polskiego 14 | | |
| telefon/ telefony | 182611758 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 276 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BUKOWINA TATRZAŃSKA, 34-530, Kościuszki 11 | | |
| telefon/ telefony | 182077201 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PORONIN, 34-520, Józefa Piłsudskiego 101 | | |
| telefon/ telefony | 182077201 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 277 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Zdrowia - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szczurowej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZUROWA, 32-820, Rynek 3 | | |
| telefon/ telefony | 146713131 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 278 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | "SZPITAL MIEJSKI W RABCE-ZDRÓJU" 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|--|--------------------|---|
| nazwa: | Izba Przyjęć Szpital w Rabce Punkt Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RABKA ZDRÓJ, 34-700, ul. Słoneczna 3 | - | POP |
| telefon/ telefony | 512283247 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 279 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno - zabiegowy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRYG, 38-305, 446 | - | POP |
| telefon/ telefony | 134479003 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 280 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | "ZDROWIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" Spółka z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAWOJA, 34-222, 1580 | - | POP |
| telefon/ telefony | 338775003 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 281 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CENTRUM ZDROWIA TUCHÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TUCHÓW, 33-170, ul. Szpitalna 1 | p | - |
| telefon/ telefony | 14 65 35 100 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TUCHÓW, 33-170, Kolejowa 88 | - | POP |
| telefon/ telefony | 146535101 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIERZCHOSŁAWICE, 33-122, 39B | - | POP |
| telefon/ telefony | 53329632 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIĘŻKOWICE, 33-190, Zdrówia 1 | - | POP |
| telefon/ telefony | 53329632 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych w Burzynie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BURZYN, 33-170, Burzyn 5 | - | PSP |
| telefon/ telefony | 534497529, 536180975 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 14.09.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 282 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ROMED" Lucyna Figura | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZANY, 33-164, 574 | | |
| telefon/ telefony: | 14 65 32 630 | | |
| identyfikator REGON | 852536442 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ROMED" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZANY, 33-164, 574 | - | POP |
| telefon/ telefony | 146532630 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 283 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet lekarza POZ | | |

| | | | |
|---|---|---------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-548, Lwowska 17/1 i 2 | - | POP |
| telefon/ telefony | 126563014 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 284 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarzy Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia s.c. Wola Radziszowska | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOLA RADZISZOWSKA, 32-053, 590 | | 2 |
| telefon/ telefony | 122754123 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 285 | | szczenie personelu | szczenie 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 | 49294970 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TOPORZYKO, 34-240, 250 250 | | 1 |
| telefon/ telefony | 182873225 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 286 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NZOZ PROFAMILIA MARIUSZ PUCHTA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PORĄBKA USZEWSKA, 32-854, 301 | | |
| telefon/ telefony: | 14 66 56 780 | | |
| identyfikator REGON | 852828247 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ PROFAMILIA | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PORĄBKA USZEWSKA, 32-854, 301 | | 1 |
| telefon/ telefony | 146656780 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 287 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | QUEEN MEDICINE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-036, ul. Halicka 10 | | |
| telefon/ telefony: | 0123627878 | | |
| identyfikator REGON | 120452433 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-476, Bosaków 11 | | 1 |
| telefon/ telefony | 122627878 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 288 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | imed24 Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-864, PROF. MICHAŁA ŻYCZKOWSKIEGO 29 | | 1 |
| telefon/ telefony | 123763131 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 289 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia w Jordanowie" | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JORDANÓW, 34-240, 3-go maja 2a | | 1 |
| telefon/ telefony | 182675519 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 290 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SPECIALMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DÓBCZYCE, 32-410, ul. Zarabie 35C | | |
| telefon/ telefony: | 508329635 | | |
| identyfikator REGON | 120778092 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DÓBCZYCE, 32-410, Zarabie 35c | | |

| | | | |
|---|---|---------------------------|--|
| telefon/ telefony | 508329634 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIŚNIOWA, 32-412, 317 | - | POP |
| telefon/ telefony | 508329634 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RACIECHOWICE, 32-415, 330 | - | POP |
| telefon/ telefony | 508329634 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KASINKA MAŁA, 34-734, 822 | - | POP |
| telefon/ telefony | 508329634 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Specjalmed Sp.z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRCZYCE, 32-410, ul. Podgórska 2 | - | PSP |
| telefon/ telefony | 122711284 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 22.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 16.11.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień Trzemesnia | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trzemesnia, 32-425, Trzemesnia 218 | - | POP |
| telefon/ telefony | 510090854 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 13.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 291 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BORZĘCIN, 32-825, 87b | - | POP |
| telefon/ telefony | 146846009 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 292 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | HOLI-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DEBNO, 32-852, 380 | | |
| telefon/ telefony: | 14 66 50 145 | | |
| identyfikator REGON | 120547582 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | HOLI - MED Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DEBNO, 32-852, 380 | - | POP |
| telefon/ telefony | 146650145 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 293 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia medycyny rodzinnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRZESZÓW, 34-206, 217 | - | POP |
| telefon/ telefony | 338748175 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 294 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ (NZOZ) PRZYCHODNIA ZDROWIA W LACHOWICACH MAREK COGIEL | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LACHOWICE, 34-232, 195b | - | POP |
| telefon/ telefony | 338748012 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 295 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|-----------------------|---|
| nazwa: | Poradnia ogólna | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRYSZAWA, 34-205, 277A | | |
| telefon/ telefony | 338747026 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 296 | | 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZO2 Centrum Medyczne "Gastro-Medical" | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOCMYRZÓW, 32-010, Spółdzielców 3 | | |
| telefon/ telefony | 126472028 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 297 | | 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | FILIA PRZYCHODNI W PODLEŻU Z SIEDZIBĄ W PODGRABIU | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIEPOŁOMICE, 32-005, UL. SPORTOWA 1 | | |
| telefon/ telefony | 122811317 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Rejonowa w Niepołomicach | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIEPOŁOMICE, 32-005, UL. J. Korczaka 1 | | |
| telefon/ telefony | 122811005 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia w Podleżu | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PODLEŻE, 32-003, Podleże 467 | | |
| telefon/ telefony | 122818999 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia w Zabierzowie Bocheńskim | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZABIERZÓW, 32-007, Zabierzów 468 | | |
| telefon/ telefony | 122816836 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 298 | | 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej KORMED S.C. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOLA FILIPOWSKA, 32-065, Stolarska 1 | | |
| telefon/ telefony | 122837023 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 299 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Ficek Magdalena NZOZ OŚRODEK ZDROWIA w Butzowie | | |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BUDZÓW, 34-211, 460 | | |
| telefon/ telefony | 338740008 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 300 | | 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOSZYCE MAŁE, 33-111, Główna 29 | | |
| telefon/ telefony | 146501111 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|--|--------------------|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 301 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LUBOMED | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOCMYRZÓW, 32-010, Wąwozowa 2 | | |
| telefon/ telefony | 12 38 72 081 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 13.07.2021 | | |
| | | | 1 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 302 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE PROMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAW, 32-329, ul. Łaskowska 4a | | |
| telefon/ telefony: | 32 64 24 147 | | |
| identyfikator REGON | 121269211 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE PROMED Sp. z o.o. Punkt szczytów | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAW, 32-329, LASKOWSKA 4A | | |
| telefon/ telefony | 32 64 24 147 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 03.01.2022 | | |
| | | | 1 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 303 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ "ESKULAP" - Przychodnia wielospecjalistyczna | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HWANOWICE DWORSKIE, 32-095, Jurajska 27 | | |
| telefon/ telefony | 123884399 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| | | | 3 |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ "ESKULAP" - Rehabilitacja | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MASZKÓW, 32-095, ul. Królewska 49 | | |
| telefon/ telefony | 123884512 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| | | | 1 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 304 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Rodzinna s.c. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIECHÓW, 32-200, Juliusza Słowackiego 13 | | |
| telefon/ telefony | 413834545 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| | | | 1 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 305 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCZNY 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ CENTRUM MEDYCZNY RODZINNEJ S.C. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZCIANA, 32-733, 336 | | |
| telefon/ telefony | 146136005 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| | | | 1 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 306 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ ARSMEDICA SP. Z O.O. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZCIANA, 32-733, 336 | | |
| telefon/ telefony | 146136764 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| | | | 1 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 307 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|--|--------------------|---|
| nazwa: | Poradnia (gabinet) lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, al. Aleje Stefana Batorego 77 | - | POP |
| telefon/ telefony | 18 44 20 006 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 308 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | OŚRODEK MEDYCZNY ZDROWIE - PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH SŁAWOMIR BADURA, MARIA TURLE-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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-426, Montwiłła-Mireckiego 10/3 | - | 1 |
| telefon/ telefony | 123128200 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-426, Józefa Montwiłła-Mireckiego 10/3 | - | 1 |
| telefon/ telefony | 12 312 82 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 309 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZALASOWA, 33-159, św. Walentego 9/2 | - | 1 |
| telefon/ telefony | 146542194 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 310 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-141, Krowoderska 17 | - | 1 |
| telefon/ telefony | 12 30 70 221 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 311 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | PRAKTYKA GRUPOWA PEDIATRYCZNO-INTERNISTYCZNA - LEKARZE E. BALUK-SYREK & A. KRZYZONÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRZYZONÓW, 32-435, 733 | | |
| telefon/ telefony: | 122747551 | | |
| identyfikator REGON | 356383264 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKOMIELNA CZARNA, 32-437, 415 | - | 1 |
| telefon/ telefony | 12 37 32 226 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień w Krzczonowie | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRZYZONÓW, 32-435, Krzczonów 733 | - | 1 |
| telefon/ telefony | 122747551 | | |
| Data dodania do wykazu | 13.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 312 | | szczenie personelu | szczenie 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 | 852642028 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYGLICE, 33-160, TARNOWSKA 21 | - | 1 |
| telefon/ telefony | 146541009 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 313 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej | | POP |

| | | | |
|---|--|---------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GROMNIK, 33-180, Jana Pawła II 10 | - | POP |
| telefon/ telefony | 146514210 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 314 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHOMRANICE, 33-394, 10 | | 2 |
| telefon/ telefony | 184433308 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 315 | | szczenie personelu | szczenie 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 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NOWOCZESNE CENTRUM MEDYCZNE OKOKLINIK Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, Topolowa 16 | | 1 |
| telefon/ telefony | 609155258 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 316 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | PAWEŁ CHRUSCIEL 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MURZASICHLE, 34-531, Sądelska 55 | | 1 |
| telefon/ telefony | 182001360 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 317 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | 202 PULS MED | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZESKO, 32-800, Legionów Piłsudskiego 27A | | 1 |
| telefon/ telefony | 146853200 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 318 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKAŁA, 32-043, Polna 17 | | 2 |
| telefon/ telefony | 124426200 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 319 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIE "ESKULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIECZ, 38-340, Tysiąclecia 3 | | |
| telefon/ telefony: | 13 4471808 | | |
| identyfikator REGON | 122588906 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia w Bieczu | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIECZ, 38-340, Tysiąclecia 3 | | 1 |
| telefon/ telefony | 13 4471808 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia w Libuszy | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIBUSZA, 38-306, 688 | | 1 |
| telefon/ telefony | 134475051 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia w Roznowicach | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ROZNOWICE, 38-323, 326 | | |

| | | | |
|---|--|---------------------------|--|
| telefon/ telefony | 13 4476003 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 320 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Sanatorium Uzdrowskowie "LEŚNIK-DRZEWIARZ" Sp. z o.o. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, Podgórna 1 | | |
| telefon/ telefony | 184712861 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 321 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW-PODGÓRZE, 30-612, Przykopy 13 | | |
| telefon/ telefony | 607 370 036 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 322 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NOWA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WADOWICE, 34-100, ul. Emilii i Karola Wołyńców 19 | | |
| telefon/ telefony: | 602694045 | | |
| identyfikator REGON | 122720553 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WADOWICE, 34-100, E i K Wołyńców 19 | | |
| telefon/ telefony | 602694045 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 323 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Bonus-Med | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIONKA WIELKA, 33-334, 465 | | |
| telefon/ telefony | 184456060 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 324 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PCM, 32-432, 1 | | |
| telefon/ telefony: | 12 27 48 501 | | |
| identyfikator REGON | 122734242 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PCM, 32-432, 5 | | |
| telefon/ telefony | 122748501 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 325 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | CARDEA KUCA MALINA LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZUROWA, 38-247, 7 | | |
| telefon/ telefony: | 14 65 13 885 | | |
| identyfikator REGON | 122509002 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Rodzinna CARDEA | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZUROWA, 38-247, 7 | | |
| telefon/ telefony | 146513685 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 326 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADGOSZCZ, 33-207, PLAC ŚW. KAZIMIERZA 3 | | |
| telefon/ telefony | 146414110 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|--------------------|---|
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUSZÓWICE, 33-206, MIELECKA 7 | | |
| telefon/ telefony | 146413306 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 327 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY TARG, 34-400, Kolejowa 31 | | |
| telefon/ telefony | 182657488 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY TARG, 34-400, Tysiąclecia 111 | | |
| telefon/ telefony | 182657488 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKOPANE, 34-500, Chyców Potok 26 | | |
| telefon/ telefony | 182657488 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKOPANE, 34-500, Chyców Potok 26 | | |
| telefon/ telefony | 182657488 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień - ALLMEDICA Sp. z o. o. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wadowice, 34-100, ul. Konstytucji 3 Maja 4 | | |
| telefon/ telefony | 182657488 | | |
| Data dodania do wykazu | 13.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 328 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne Szyce | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZYCE, 32-085, Plac Wspólnoty 2 | | |
| telefon/ telefony | 124192010 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 329 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBINIA, 32-540, Kopernika 25 | | |
| telefon/ telefony | 326200293 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych Vitalis | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBINIA, 32-540, os. Widokowe 21 | | |
| telefon/ telefony | 733433494 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 17.01.2022 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 330 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|---|---------------------------|--|
| nazwa: | Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Botego | W | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa | | |
| telefon/ telefony | tel. +48 734135535 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. W. Witosa 28, 34-600 Limanowa | | |
| telefon/ telefony | 183371722 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Zespół Szkół Technicznych i Ogólnokształcących im. Jana Pawła II | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIMANOWA, 24-600, ul. Zygmunta Augusta 8 | | |
| telefon/ telefony | 734135538 | | |
| Data dodania do wykazu | 27.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 331 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CMPROMED Punkt Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-930, osiedle Centrum C 8 | | |
| telefon/ telefony | 126421627 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 332 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WADOWICE, 34-100, LWOWSKA 93 | | |
| telefon/ telefony | 338233255 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 333 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEPRAW, 32-447, Jana Pawła II 38 | | |
| telefon/ telefony | 122746122 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 334 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JANKOWICE, 32-551, Jana Pawła II 16 | | |
| telefon/ telefony | 508970221 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 335 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MASZKÓW, 32-095, Prosta 19 | | |
| telefon/ telefony | 123884138 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 336 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | INSTYTUT MEDYCZNY INNOWACYJNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-653, ul. Walego Sławka 3 | | |
| telefon/ telefony: | 12 254 61 20 | | |
| identyfikator REGON | 123194925 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne Imicare | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 33-332, Zabłocie 25/4 | - | POP |
| telefon/ telefony | 123523150 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 337 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-357, Josepha Conrada 79 | | 1 |
| telefon/ telefony | 604792922 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 338 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | FAMILIA MEDICINA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IWANOWICE WŁOŚCIAŃSKIE, 32-095, ul. Jana Pawła II 23 | | |
| telefon/ telefony: | 604 503 149 | | |
| identyfikator REGON | 123227990 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Familia Medicina Gabinet Lekarza POZ | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZYBYŚLAWICE, 32-046, 78 | | 1 |
| telefon/ telefony | +48535628912 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 339 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne IGAMED Punkt szczepień | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, Oświęcimska 3 | | 1 |
| telefon/ telefony | 608 277 988 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 340 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Renata Sieja Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIANOWICE, 34-603, 31 | | |
| telefon/ telefony: | 18 3334012 | | |
| identyfikator REGON | 361015619 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIANOWICE, 34-603, 31 | | 1 |
| telefon/ telefony | 183334012 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 341 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | CM PLUS MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZESKO, 32-800, św. Brata Alberta 6 | | |
| telefon/ telefony: | 500 844 441 | | |
| identyfikator REGON | 361510425 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne Plus Medica | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZESKO, 32-800, św. Brata Alberta 6 | | 1 |
| telefon/ telefony | 500844441 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 342 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PZU ZDROWIE CENTRUM MEDYCZNE | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, Polskiego Czerwonego Krzyża 26 | | 1 |
| telefon/ telefony | 504-742-221 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 343 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | "PRZYCHODNIA RODZINNA" SPÓŁKA JAWNA J.KUTA, A.KORZEC, M.JASIŃSKI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZUĆIN, 33-230, ul. Jakuba Przyłuskiego 1 | | |
| telefon/ telefony: | 14 641 02 20, 721 353 441 | | |
| identyfikator REGON | 361633671 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "PRZYCHODNIA RODZINNA" SPÓŁKA JAWNA J.KUTA, A.KORZEC, M.JASIŃSKI | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZUĆIN, 33-230, Przyłuskiego 1 | | |

| | | | |
|---|--|--------------------|---|
| telefon/ telefony | 14 641 02 20 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 344 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MALIMED | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SŁOMNIKI, 32-090, Józefa Poniatowskiego 9 | | |
| telefon/ telefony | 123576711 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 345 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet zabiegowy | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RABA WYŻNA, 34-721, 64 | | |
| telefon/ telefony | 182671013 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Zdrowia w Skawie | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKAWA, 34-713, 9 | | |
| telefon/ telefony | 182686022 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 346 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | MEDYCYNĄ 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Bocheńska | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOCHNIA, 32-700, Krakowska 27 | | |
| telefon/ telefony | 146116363 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Łapanowie | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁAPANÓW, 32-740, Łapanów 32 | | |
| telefon/ telefony | 695190178 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 347 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia chorób wewnętrznych | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-436, Henryka Wieniawskiego 66/34 | | |
| telefon/ telefony | 607261197 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 348 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | "Spółka Gminna Palecznica" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PAŁECZNIKA, 32-109, ul. św. Jakuba 11 | | |
| telefon/ telefony: | 691964034 | | |
| identyfikator REGON | 361070357 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Rehabilitacji Palecznica | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PAŁECZNIKA, 32-109, Małopolska 36 | | |
| telefon/ telefony | 413848542 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 349 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KALWARIA ZEBRZYDOWSKA, 34-130, Marii Konopnickiej 18 | | |
| telefon/ telefony | 604594142 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|--------------------|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 350 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Centrum Medyczne Południe - Rafał Wyrzumiński | | |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Rodzinna Południe | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, Jana Pęckowskiego 3 | | |
| telefon/ telefony | 791841010 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 351 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | KAROLINA WERCHOWIECKA-PARDYGAL I TOMASZ PARDYGAL 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-394, Skotnicka 230A | | |
| telefon/ telefony | 123994960 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 352 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | FUNDACJA POD SKRZYDLAMI | | |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-418, Zakopiańska 97 | | |
| telefon/ telefony | 126235979 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 353 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | MATEUSZ GALUSZKA 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ROPA, 38-312, 680 | | |
| telefon/ telefony | +48502718774 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UŚCIE GORLIŃKIE, 38-315, 155 | | |
| telefon/ telefony | +48502718774 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 354 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zdrowa Huta | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-914, Wacława Sieroszewskiego 3 | | |
| telefon/ telefony | 604941697 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 355 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY - GYNCENTRUM ODDZIAŁ KRAKÓW | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-322, Józefa Mehoffera 10 | | |
| telefon/ telefony | 325065086 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 356 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | MOJA PRZYJAZNA PORADNIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZESZCZE, 32-620, ul. Koscielna 21/8 | | |
| telefon/ telefony: | 507336426 | | |
| identyfikator REGON | 385398470 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|-----------------------|---|
| nazwa: | punkt szczepień Moja Przyjazna Poradnia | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZESZCZE, 32-620, Nosala 7 | | |
| telefon/ telefony | 576141148 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powstecznych - Moja Przyjazna Poradnia | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZESZCZE, 32-620, Nosala 7 | | |
| telefon/ telefony | 515848652 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 26.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 03.01.2022 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZASOLE, 32-626, ul. Kostka Jagiełły 6 | | |
| telefon/ telefony | 797999119 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 357 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Skarbowska 4, 31-121 Kraków | | |
| telefon/ telefony: | tel. +48 12 68 76 200 | | |
| identyfikator REGON | 351564179 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie | W | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Skarbowska 4, 31-121 Kraków | | |
| telefon/ telefony | tel. +48 609 992 670 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Focha 33, 30-119 Kraków | | |
| telefon/ telefony | 126876378 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 29.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 358 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital im.dr. Józefa Dietla w Kryniczy-Zdroju | | |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital im.dr. Józefa Dietla w Kryniczy-Zdroju | W | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój | | |
| telefon/ telefony | tel. +48 18 473 24 05 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital im.dr. Józefa Dietla w Kryniczy-Zdroju | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój | | |
| telefon/ telefony | 505668349 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powstecznych - SPZOZ Szpital im. dr. J. Dietla w Kryniczy-Zdroju - PUNKT | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój | | |
| telefon/ telefony | 505668349 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 30.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powstecznych - Liceum Ogólnokształcące w Starym Sączu | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARY SĄCZ, 33-340, Ul. Partyzantów 15 | | |
| telefon/ telefony | 505668349 | | 5 |
| Data dodania do wykazu | 30.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 17.08.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 359 | | 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpital Powiatowy w Chrzanowie | W | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów | | |
| telefon/ telefony | tel. +48 793 837 751 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpital Powiatowy w Chrzanowie | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów | | |
| telefon/ telefony | 326247029 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|---|-----------------------|---|
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Punkt szczepień nr 2 | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW,32-500, ul. Sekoła 24 | | |
| telefon/ telefony | 326247029 | | |
| Data dodania do wykazu | 23.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 17.08.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 360 | | 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach | W | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Karmelicka 5, 34-100 Wadowice | | |
| telefon/ telefony | +48 797 304 331 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Karmelicka 5, 34-100 Wadowice | | |
| telefon/ telefony | 510150401 | | |
| Data dodania do wykazu | 16.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Karmelicka 5, 34-100 Wadowice | | |
| telefon/ telefony | 571324953 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 361 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kronikarza Gałła 25, 30-053 Kraków | | |
| telefon/ telefony: | tel. +48 12 662 31 50 | | |
| identyfikator REGON | 350995109 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie | W | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kronikarza Gałła 25, 30-053 Kraków | | |
| telefon/ telefony | tel. +48 784 624 416 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 362 | | 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. Trynatarska 11, 31-061 Kraków | | |
| telefon/ telefony: | tel. +48 12 379 71 00 | | |
| identyfikator REGON | 121065900 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o. o. | W | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Trynatarska 11, 31-061 Kraków | | |
| telefon/ telefony | tel. +48 504 235 891 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o. o. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Trynatarska 11, 31-061 Kraków | | |
| telefon/ telefony | 123797120 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 363 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Nowy Szpital w Olkuszu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olkus, 32-300, ul. 1000-lecia 13 | | |
| telefon/ telefony: | +48 41 240 1200 | | |
| identyfikator REGON | 320592435 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Nowy Szpital w Olkuszu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | W | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olkus, 32-300, ul. 1000-lecia 13 | | |
| telefon/ telefony | tel. +48 792270230 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia chorób zakaźnych | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olkus, 32-300, ul. 1000-lecia 13 | | |
| telefon/ telefony | 412402411 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Miejski Ośrodek Sportu i Rekreacji w Olkuszu - Nowy | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLKUSZ, 32-300, ul. Wiejska 1A | | |
| telefon/ telefony | 512143815 | | |
| Data dodania do wykazu | 16.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 10.12.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Szkoła Podstawowa nr 1 w Wolbromiu | | |

| | | | |
|---|--|--------------------|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOLBROM, 32-340, ul. Mariacka 28 | - | PSP |
| telefon/ telefony | 516142346 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 04.05.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 10.12.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 364 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny | 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 365 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powstecznych - Hala Sportowa | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUCHA BESKIDZKA, 34-200, ul. Kościelna 5 | | 5 |
| telefon/ telefony | 797120260 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 07.09.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 366 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia | | 1 |
| telefon/ telefony | 146153306 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powstecznych - Zespół Szkół nr 1 | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOCHNIA, 32-700, ul. Winkiewiczicza 23 | | 5 |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 12.05.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 367 | | szczenie personelu | szczenie 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 'wykaz cz. 6'182951 | | |
| identyfikator REGON | 000300570 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 368 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PASTERNIK" MALUTY SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Modnicza / 32-085 / os. Krakowskie Przedmieście 28 | | |
| telefon/ telefony: | 12 28 54 415 | | |
| identyfikator REGON | 351600969 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PASTERNIK" MALUTY SPÓŁKA JAWNA | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Modnicza / 32-085 / os. Krakowskie Przedmieście 28 | | |
| telefon/ telefony | 12 28 54 415 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 369 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 370 | | szczępienie personelu | szczępienie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 371 | | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne |
| nazwa: | STOWARZYSZENIE PRZYJACIÓŁ DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ IM. L.A. HELCŁÓW | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 31-148 / ul. Helcłów 2 | | |
| telefon/ telefony | 12 63 44 255 wewn. 266 | | |
| identyfikator REGON | 351001134 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | STOWARZYSZENIE PRZYJACIÓŁ DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ IM. L.A. HELCŁÓW | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 31-148 / ul. Helcłów 2 | | |
| telefon/ telefony | 12 63 44 255 wewn. 266 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 372 | | szczępienie personelu | szczępienie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 373 | | szczępienie personelu | szczępienie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 374 | | szczępienie personelu | szczępienie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 375 | | szczępienie personelu | szczępienie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 376 | | szczępienie personelu | szczępienie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie - Gabinet zabiegowy z punktem szczepień | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-503, ul. Strzelecka 2-2a | | |
| telefon/ telefony | 126198600 | | |
| Data dodania do wykazu | 13.12.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 377 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SZPITAL KLINICZNY IM. DR. JÓZEFA BABIŃSKIEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE | | 1 |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 378 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 379 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Miejskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. Przechodnia nr 1 | - | POP |
| 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 | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Miejskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. Przechodnia nr 2 | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zarki, 32-593, ul. Struga 22 | | |
| telefon/ telefony | 32 750 13 15 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 380 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Izabella Barbara Barczyk Lekarz | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wolbrom, 32-340, ul. Okrzei 14a | | |
| telefon/ telefony: | 606483082 | | |
| identyfikator REGON | 273719165 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Specjalistyczna Praktyka Lekarska-Chirurgia Izabella Barczyk | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wolbrom, 32-340, ul. Skalska Pawilon A | | |
| telefon/ telefony | 606483082 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 381 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NAWOJOWEJ | | 1 |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nawojowej - Punkt Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nawojowa, 33-335, ul. Ogrodowa 12 | | |
| telefon/ telefony | 184457013 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 382 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED SPÓŁKA AKCYJNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-195, ul. Zygmunta Stomirskiego 19/524 | | |
| telefon/ telefony: | 222307007 | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|--|---------------------------|--|
| identyfikator REGON | 140802685 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne Enel-Med S.A. Oddział Wadowicka | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-347, Wadowicka 3A | | |
| telefon/ telefony | 224340909 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 383 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNĄ 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zakład Opieki Zdrowotnej "Medycyna Pracy" Sp. z o.o. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-586, Centralna 51 | | |
| telefon/ telefony | 126861664 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 384 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CM Kraków Bora Komorowskiego | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-476, Bora Komorowskiego 25B | | |
| telefon/ telefony | 500900500 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CM Kraków Podgórska Punkt Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-536, Podgórska 36 | | |
| telefon/ telefony | 500900500 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień Centrum Medcover | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-358, ul. Jasnogórska 1 | | |
| telefon/ telefony | 500900500 | | |
| Data dodania do wykazu | 22.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień Centrum Medcover | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-015, ul. Świętokrzyska 14 | | |
| telefon/ telefony | 500900500 | | |
| Data dodania do wykazu | 22.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 385 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | POLMED SPÓŁKA AKCYJNA | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-503, LUBICZ 23a | | |
| telefon/ telefony | 122984740 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 386 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | UNICARDIA SPECJALISTYCZNE CENTRUM LECZENIA CHOROŃ SERCA I NACZYŃ & UNIMEDICA SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-271, ul. Kluczborska 15/U3 | | |
| telefon/ telefony: | 517525788 | | |
| identyfikator REGON | 356768082 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | UNICARDIA UNIMEDICA Dygasińskiego 2D | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-820, Al. Adolfa Dygasińskiego 2d | | |
| telefon/ telefony | 606577344 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 387 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | GABINET LEKARSKI ROBERT WEISBERGER | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WADOWICE, 34-100, SADOWA 19A | | |
| telefon/ telefony | 604050413 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|--------------------|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 388 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SPEC-MED | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-201, Emaus 7/1 | | |
| telefon/ telefony | 12 42 73 325 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 389 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE MULTIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-111, al. Aleja Żygmunta Krasieńskiego 9/24B | | |
| telefon/ telefony: | 14 67 40 400 | | |
| identyfikator REGON | 360616015 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE MULTIMED | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZESKO, 32-800, 04. Władysława Jagiełły 15 | | |
| telefon/ telefony | 124640400 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 390 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NORTH MEDICAL HOLDING SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ NASZ GABINET SPÓŁKA KOMANDYTOWA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW, 50-456, ul. Dworcowa 11B | | |
| telefon/ telefony: | 693424008 | | |
| identyfikator REGON | 382992698 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-231, Siewna 4/5 | | |
| telefon/ telefony | 519775225 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 391 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CENTRUM MAŁEGO DZIECKA | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-349, Miłkowskiego 9 | | |
| telefon/ telefony | 124313585 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 392 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | LEGION MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | LEGION MED | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIĄTNIKI GÓRNE, 32-040, Krakowska 1A | | |
| telefon/ telefony | 123071877 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 393 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ambulatoria Acernis | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-548, Aleja Pokoju 4 | | |
| telefon/ telefony | 124302208 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 394 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | punkt szczepień Zespół Transportu Medycznego RM1 | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-334, Komandosów 18 | | |
| telefon/ telefony | 535333512 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|--------------------|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 395 | | szczenie personelu | szczenie 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: | 577705006 | | |
| identyfikator REGON | 121148453 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia chorób wewnętrznych | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAGÓRZYCE DWORSKIE, 32-091, Kwitnąca 3 | - | POP |
| telefon/ telefony | 691058777 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 396 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | DELTA SPORT CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-314, ul. Dworska 18/LU1 | | |
| telefon/ telefony: | 123522525 | | |
| identyfikator REGON | 360548070 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpital Dworska - Punkt Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-314, Dworska 18/LU1 | - | POP |
| telefon/ telefony | 123627252 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 397 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | IZABELA TARCZOŃ PRZYŁĄDEK 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-644, Henryka Kamieńskiego 47 | - | POP |
| telefon/ telefony | 570577000 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 398 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Szczepień i Medycyny Podróży Solimed | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIELICZKA, 32-020, os. Szymanowskiego 6/LU | - | POP |
| telefon/ telefony | 516077076 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 399 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-820, Aleja Adolfa Dygasińskiego 2D | - | POP |
| telefon/ telefony | 519146247 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 400 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | MIŁOŚZ 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOLBROM, 32-340, Krakowska 27 | - | POP |
| telefon/ telefony | 602608121 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 401 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | AGNES PALUCHA CENTRUM MEDYCZNE CEGIELNIANA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-404, ul. Ceglaniana 4A | | |
| telefon/ telefony: | 12 295 08 09 | | |
| identyfikator REGON | 120543325 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-404, Ceglaniana 4A | - | POP |
| telefon/ telefony | 122950809 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |

| | | | |
|---|---|--------------------|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 402 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "Medicina 2000" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-540, Rzeźnicza 2 | - | POP |
| telefon/ telefony | 12 42 24 106 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 403 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-348, Bobrzyńskiego 37 | - | POP |
| telefon/ telefony | 122542244 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 404 | | szczenie personelu | szczenie 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 4467 888 | | |
| identyfikator REGON | 122894997 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet zabiegowy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-399, Leona Petrażyckiego 99 | - | POP |
| telefon/ telefony | 124467888 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 405 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | punkt szczybie CARINTART SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-514, Aleja płk. Władysława Beliny-Prażmowskiego 60 | - | POP |
| telefon/ telefony | 787567077 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 406 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PUNKT SZCZEBIE SOLMEDICA GABINETY LEKARSKIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKAWINA, 32-050, Księża Jerzego Popiełuszki 17A | - | POP |
| telefon/ telefony | +48694207141 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 407 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Zdrowia w Bystrej - Punkt Szczybie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bystra Podhalańska, 34-235, Bystra Podhalańska 353a | - | POP |
| telefon/ telefony | 182681024 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Zdrowia w Mszanie Górnej - Punkt Szczybie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MSZANA GÓRNA, 34-733, Mszana Górna 491 | - | POP |
| telefon/ telefony | 668645579 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 408 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|---|-----------------------|---|
| nazwa: | Ośrodek Zdrowia w Bystrej - Punkt Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bystra Podhalańska, 34-235, Bystra Podhalańska 353a | - | POP |
| telefon/ telefony | 182681024 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 409 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | CARINTART SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-514, Aleja płk. Władysława Bełły-Prązmowskiego 60 | | |
| telefon/ telefony: | 126211520 | | |
| identyfikator REGON | 122854294 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Zdrowia w Zabierzowie | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZABIERZÓW, 32-080, ul. Śląska 236 | - | 1 |
| telefon/ telefony | 182681024 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 17.02.2022 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Budynek Gminny - Punkt Szczepień | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLECHOWICE, 32-082, ul. Ogrodowa 5 | - | 1 |
| telefon/ telefony | 797275939 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 10.03.2022 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 410 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | QUATTRO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOCHNIA, 32-700, ul. Kazimierza Wielkiego 22 | | |
| telefon/ telefony: | 605664115 | | |
| identyfikator REGON | 361275770 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Quattro - Med. Punkt szczepień | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOCHNIA, 32-700, ul. Kazimierza Wielkiego 22 | - | 1 |
| telefon/ telefony | 506591162 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | MOBILNY PUNKT SZCZEPIEN Quattro-med Wieś Niepolomice | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOCHNIA, 32-700, ul. Kazimierza Wielkiego 22 | - | 1 |
| telefon/ telefony | 506591162 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 411 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE SKAŁKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bukowno / 32-332 / ul. Kolejowa 28 | | |
| telefon/ telefony: | 32 611 56 30 | | |
| identyfikator REGON | 122885975 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE SKAŁKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | P |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bukowno / 32-332 / ul. Kolejowa 28 | | |
| telefon/ telefony | 32 611 56 30 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 412 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Serdeczna Troska spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 31-989 / ul. Rzepakowa 5a | | |
| telefon/ telefony: | 12 64 08 080 | | |
| identyfikator REGON | 356119834 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Serdeczna Troska spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | P |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 31-989 / ul. Rzepakowa 5a | | |
| telefon/ telefony | 12 64 08 080 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 413 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Monika Skotarska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrów / 33-122 / Ostrów 137 | | |
| telefon/ telefony: | 14 67 52 041 | | |
| identyfikator REGON | 852751749 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Rodzina Skomed | | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrów / 33-122 / Ostrów 137 | - | 2 |
| telefon/ telefony | 146752041 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 414 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA ZDROWIA W GROJCU ALEKSANDER KEPA SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grojec / 32-615 / ul. Bartłomieja Chowańca 4 | | |
| telefon/ telefony: | 531434284 | | |
| identyfikator REGON | 367979531 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA Z SERCEM | | POP |

| | | | |
|---|--|--------------------|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grojec / 32-615 / ul. Bartłomieja Chowańca 4 | - | POP |
| telefon/ telefony | 531434284 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 415 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Halina Lubik-Bachniak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bulowice / 32-652 / ul. Różana 46 | | |
| telefon/ telefony: | 605403758 | | |
| identyfikator REGON | 070445957 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ Praktyka Lekarza | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bulowice / 32-652 / ul. Różana 46 | | |
| telefon/ telefony | 605403758 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 416 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Publiczny Samodzielny Ośrodek Zdrowia w Radłowie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radłów / 33-130 / ul. Brzeska 9 | | |
| telefon/ telefony: | 146782005 | | |
| identyfikator REGON | 851878650 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Publiczny Samodzielny Ośrodek Zdrowia w Radłowie | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radłów / 33-130 / ul. Brzeska 9 | | |
| telefon/ telefony | 146782005 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 417 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Antoni Hudzik | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 31-311 / ul. Murska 24 | | |
| telefon/ telefony: | 506129126 | | |
| identyfikator REGON | 351517317 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ Gabinet Lekarza Rodzinnego lek. Med. Antoni Hudzik | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Węgrze / 32-086 / A10 | | |
| telefon/ telefony | 122859457 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 418 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bochnia / 32-700 / ul. Kazimierza Wielkiego 26 | | |
| telefon/ telefony: | 14 61 15 630 | | |
| identyfikator REGON | 850446373 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gminny Ośrodek Zdrowia w Łąpczycy | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łąpczyca / 32-744 / Łąpczyca 496 | | |
| telefon/ telefony | 735015450 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 419 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Gorczański Ośrodek Medyczny GOR-MED Kaim Spółka Jawna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słupnice / 34-615 / Słupnice 1055 | | |
| telefon/ telefony: | 183326415 | | |
| identyfikator REGON | 122706777 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gorczański Ośrodek Medyczny GOR-MED | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kamienica / 34-608 / Kamienica 403 | | |
| telefon/ telefony | 183323400 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 420 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SERCE SERCU" S.C. KATARZYNA SŁONCZYŃSKA, LESZEK GRZYMKOWSKI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lednica Górna / 32-020 / Lednica Górna 336 | | |
| telefon/ telefony: | 501362834 | | |
| identyfikator REGON | 120148681 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ SERCE SERCU w Mogilnach | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mogilany / 32-031 / Rynek 4 | | |
| telefon/ telefony | 122700625 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ SERCE SERCU Filia nr 4 | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wieliczka / 32-020 / ul. Leśna 1A | | |
| telefon/ telefony | 123858040 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 421 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Centrum Medyczne Vadimed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |

| | | | |
|---|---|---------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 31-457 / ul. Fiołkowa 6 | | |
| telefon/ telefony | 122903139 | | |
| identyfikator REGON | 357409592 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne Vadimed | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 31-457 / ul. Fiołkowa 6 | | 2 |
| telefon/ telefony | 122903139 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 422 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Samodzielny Gminny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Czarnym Dunajcu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czarny Dunajec / 34-470 / Kamieniec Dolny 55 | | |
| telefon/ telefony | 18 26 57 370 | | |
| identyfikator REGON | 491984687 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czarny Dunajec / 34-470 / Kamieniec Dolny 55 | | 1 |
| telefon/ telefony | 182657475 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciche / 34-407 / Ratałów 1c | | 1 |
| telefon/ telefony | 182658132 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 423 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Laskowej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Laskowa / 34-602 / Laskowa 428 | | |
| telefon/ telefony | 18 33 33 009 | | |
| identyfikator REGON | 491991036 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Laskowej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Laskowa / 34-602 / Laskowa 428 | | 1 |
| telefon/ telefony | 183333009, 183378800 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 424 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Centermed Kraków Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 31-530 / ul. Św. Łazarza 14 | | |
| telefon/ telefony | 123708200 | | |
| identyfikator REGON | 121190290 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centermed Kraków Sp. z o.o. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 31-530 / ul. Św. Łazarza 14 | | 1 |
| telefon/ telefony | 123708200 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 425 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Prosper Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 31-036 / ul. Halicka 10 | | |
| telefon/ telefony | 122627878 | | |
| identyfikator REGON | 122671731 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Niepolomice / 32-005 / ul. Tadeusza Kościuszki 28a | | 1 |
| telefon/ telefony | 122500787 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 426 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Vaxmed Steimaszek Paweł, Jakub Grabski spółka cywilna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa / 02-993 / ul. Brudzowa 100F/10 | | |
| telefon/ telefony | 794365248 | | |
| identyfikator REGON | 388216140 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Vaxmed Punkt szczepień - Przychodnia Skymedic | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 31-875 / os. Dyrwizjonu 303 62b | | 1 |
| telefon/ telefony | 881221433 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.03.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 427 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Michał Matura Niepolomickie Centrum Profiliaktyczno-Lecznicze | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Niepolomice / 32-005 / ul. Stefana Batorego 41C | | |
| telefon/ telefony | 721621521 | | |
| identyfikator REGON | 356878356 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NCPL, filia Batorego 57A | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Niepolomice / 32-005 / ul. Stefana Batorego 57A | | 1 |
| telefon/ telefony | 724824924 | | |

| | | | |
|---|---|--------------------|---|
| Data dodania do wykazu | 16.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 428 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Leokadia Osuch | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-146, ul. Długa 38/219 | | |
| telefon/ telefony: | 60630181 | | |
| identyfikator REGON | 356740385 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ Derm Centrum | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-146, ul. Długa 38/218 | - | POP |
| telefon/ telefony | 122920606 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 16.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ Derm Centrum BIS | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLKUSZ, 32-300, ul. Skwer 6 | - | POP |
| telefon/ telefony | 326450051 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 16.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 429 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | TWOJE ZDROWIE SPÓŁKA AKCYJNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KATOWICE, 40-507, ul. Francuska 98A/42 | | |
| telefon/ telefony: | 516125528 | | |
| identyfikator REGON | 362471638 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | TWOJE ZDROWIE SA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Żółkiewskiego 13 | - | POP |
| telefon/ telefony | 574498666 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 16.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 430 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE MASZACHABA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-202, ul. Prądnicka 50A | | |
| telefon/ telefony: | 126237069 | | |
| identyfikator REGON | 356819394 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE MASZACHABA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-202, ul. Prądnicka 50A | - | POP |
| telefon/ telefony | 126237069 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 16.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 431 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Bogdan Krzykwa | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Tłoki 9A | | |
| telefon/ telefony: | 501348814 | | |
| identyfikator REGON | 120672011 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej HIPOKRATES gabinet zabiegowy POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OCHOTNICA DOLNA, 34-452, Hologówka 180A | - | POP |
| telefon/ telefony | 185428678 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 16.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 432 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA MEDYCYNĄ POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-530, ul. Św. Łazarza 14 | | |
| telefon/ telefony: | 51734137 | | |
| identyfikator REGON | 351496408 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Filia numer 1 Przychodnia Medycyna Polska Sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-589, ul. Sołtysovska 35A | - | POP |
| telefon/ telefony | 123120705 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 16.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 433 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | PIPUH HABA-MED HANNA BROMBOSZCZ-ŚLUSARCZYK, WOJCIECH BARTMAN, BERNABETTA BACIA-BOROŃ SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBINIA, 32-540, ul. Wiśniowa 14 | | |
| telefon/ telefony: | 322109445 | | |
| identyfikator REGON | 356392671 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CENTRUM ZDROWIA HABA-MED. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBINIA, 32-540, ul. Wiśniowa 14 | - | POP |
| telefon/ telefony | 322109445 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 16.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 434 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-663, ul. Wielicka 267 | | |
| telefon/ telefony: | 539974001 | | |
| identyfikator REGON | 351239953 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|--------------------|---|
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-663, ul. Wielicka 267 | | |
| telefon/ telefon | 124467500 | | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| 7 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-084, ul. Podchorążych 3 | | |
| telefon/ telefon | 126372791 | | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 24.09.2021 | | |
| 7 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Tauron Arena Kraków | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-571, ul. Stanisława Lema 7 | | |
| telefon/ telefon | | | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 14.03.2022 | | |
| 10 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 435 | | szczenie personelu | szczenie ogoulacvine |
| nazwa: | Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej Adrian Karasiewicz | - | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PROSZOWICE, 32-100, ul. Parkowa 10 | | |
| telefon/ telefon: | 608683652 | | |
| identyfikator REGON | 120049895 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej Adrian Karasiewicz | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PROSZOWICE, 32-100, ul. Parkowa 10 | | |
| telefon/ telefon | 889468258 | | |
| Data dodania do wykazu | 22.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| 3 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 436 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Krzysztof Ślusarczyk Liberlandum Ratownictwo Medyczne | - | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-698, ul. Merkurjusza Polskiego 35 | | |
| telefon/ telefon: | 500488338 | | |
| identyfikator REGON | 362480815 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - WIELICZKA SOLNE MIASTO | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIELICZKA, 32-020, ul. Kościuszki 15 | | |
| telefon/ telefon | 514784509 | | |
| Data dodania do wykazu | 22.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 24.09.2021 | | |
| 8 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień populacyjnych - Wieliczka | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIELICZKA, 32-020, ul. Kościuszki 15 | | |
| telefon/ telefon | 514784509 | | |
| Data dodania do wykazu | 24.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 09.04.2022 | | |
| 1 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 437 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Mateusz Sobczak FIRMA USŁUGOWO - HANDLOWA "DIAGNOZA" | - | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JAWORZNO, 43-600, ul. Diamentowa 8/22 | | |
| telefon/ telefon: | 531166475 | | |
| identyfikator REGON | 241840124 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Towarzystwo Gimnastyczne SOKÓŁ | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MYSLENICE, 32-400, ul. Jordana 3 | | |
| telefon/ telefon | 124446750 | | |
| Data dodania do wykazu | 23.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.03.2022 | | |
| 5 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 438 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NEUROCENTRUM MERTA SPÓŁKA JAWNA | - | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JAROSZOWICE, 34-100, Jarosowice 7 | | |
| telefon/ telefon: | 338235656 | | |
| identyfikator REGON | 123004994 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - Dom Kultury | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WADOWICE, 34-100, ul. Teatralna 1 | | |
| telefon/ telefon | 573154928 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 08.10.2021 | | |
| 2 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NeuroCentrum Wadowice - Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WADOWICE, 34-100, Jarosowice 7 | | |
| telefon/ telefon | 698026368 | | |
| Data dodania do wykazu | 08.10.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| 1 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 439 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | BIAŁY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | - | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARA WIEŚ, 34-600, Stara Wieś 668 | | |
| telefon/ telefon: | 694046042 | | |
| identyfikator REGON | 123143891 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych - LIMANOWSKI DOM KULTURY | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIMANOWA, 34-600, ul. Bronisława Czecha 4 | | |
| telefon/ telefon | 790203105 | | |
| 3 | | | |

| | | | |
|---|--|--------------------|---|
| Data dodania do wykazu | 26.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 04.11.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 440 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Ewa Olichówka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Bolesława Chrobrego 8/2 | | |
| telefon/ telefon | 501321608 | | |
| identyfikator REGON | 120151134 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ATMA RESCUERS przy placu Stonecznym | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Piastowska 17 | - | POP |
| telefon/ telefon | 574809307 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 27.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 441 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | GENESMANAGER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-038, ul. Starowiślna 23/8A | | |
| telefon/ telefon | 573126589 | | |
| identyfikator REGON | 385200462 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne SkyMedic | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-875, os. Dywizjonu 303 62B | - | POP |
| telefon/ telefon | 530520840 | | 5 |
| Data dodania do wykazu | 27.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 442 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | OŚRODEK MEDYCZNY "OSTEOMED" S.C. MIROSLAW SZLACHCIC, EWA SZLACHCIC | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-074, ul. Kazimierza Wielkiego 57/IV | | |
| telefon/ telefon | 609181778 | | |
| identyfikator REGON | 350805497 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Medyczny Osteomed s.c. Mirosław Szlachcic, Ewa Szlachcic | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-074, ul. Kazimierza Wielkiego 57/IV | - | POP |
| telefon/ telefon | 605881068 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 27.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 443 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | MEDIKAMA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGRZEC, 32-086, ul. Forteczna 12a | | |
| telefon/ telefon | 668660830 | | |
| identyfikator REGON | 361068159 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczępiei Powszechnych - Medikama | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGRZEC, 32-086, ul. Forteczna 12a | - | PSP |
| telefon/ telefon | 539914000 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 28.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 444 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Centrum Medyczne "Kącik" Teodozja Kuligowska-Żak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ANDRYCHÓW, 34-120, Rynek 26a | | |
| telefon/ telefon | 338702301 | | |
| identyfikator REGON | 851746261 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczępiei Powszechnych - Miejski Dom Kultury w Andrychowie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ANDRYCHÓW, 34-120, ul. Szevska 7 | - | PSP |
| telefon/ telefon | 518314202 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 29.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne "Kącik" - Punkt Szczępiei | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ANDRYCHÓW, 34-120, ul. Rynek 26A | - | POP |
| telefon/ telefon | 518314202 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 06.06.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 445 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | VITO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GLIWICE, 44-100, ul. Radiowa 2 | | |
| telefon/ telefon | 323029810 | | |
| identyfikator REGON | 240133028 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczępiei Powszechnych - VITO-MED. SP Z O. O. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKAWINA, 32-050, ul. Żwirki i Wigury 17 | - | PSP |
| telefon/ telefon | 327436060 | | 6 |
| Data dodania do wykazu | 10.05.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 07.09.2021 | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 446 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Anna Front, Mikołaj Front działający jako wspólnicy s.c. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIEPOŁOMICE, 32-005, ul. Stefana Batorego 5 | | |
| telefon/ telefon | 122810810 | | |
| identyfikator REGON | 356756334 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka "Niebieska" | | |

| | | | |
|---|---|--------------------|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIEPOLOMICE, 32-005, ul. Stefana Batorego 5 | - | APT |
| telefon/ telefony | 122810810 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 447 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Anna Sołbarka, Patrycja Rey działające jako wspólniczki s. c. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-106, ul. Bolesława Komorowskiego 12 | | |
| telefon/ telefony: | 124212304 | | |
| identyfikator REGON | 356510805 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | APTEKA "Codzienna" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-106, ul. Bolesława Komorowskiego 12 | - | APT |
| telefon/ telefony | 124212304 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 448 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | FARMACEUCI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Rynek 8A | | |
| telefon/ telefony: | 382679285 | | |
| identyfikator REGON | 123176904 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka U Farmaceutów | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Rynek 8A | - | APT |
| telefon/ telefony | 732242801 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 449 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | "ESCLAP" Dyl Spółka Jawna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MYSLENICE, 32-400, ul. Żwirki i Wigury 14 | | |
| telefon/ telefony: | 122723077 | | |
| identyfikator REGON | 351184092 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Oliwna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-079, Al. Kijowska 64 | - | APT |
| telefon/ telefony | 124441160 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Esculap | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MYSLENICE, 32-400, ul. Żwirki i Wigury 14 | - | APT |
| telefon/ telefony | 122723077 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Trynatarska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-061, ul. Trynatarska 4 | - | APT |
| telefon/ telefony | 124301404 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 450 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | VITA DZIEL KAZIMIERSKA-MRÓZ SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARTUZY, 83-300, ul. Mściwoja II 28A | | |
| telefon/ telefony: | 792118823 | | |
| identyfikator REGON | 384715320 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Gemini | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-202, ul. Prądnicka 87/U1 | - | APT |
| telefon/ telefony | 124162208 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | APTEKA GEMINI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-537, Al. Ignacego Daszyńskiego 3 | - | APT |
| telefon/ telefony | 124217099 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 451 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Remedium Fijałkowski Rogulski sp.j. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JASŁO, 38-200, ul. Żwirki i Wigury 10 | | |
| telefon/ telefony: | 146123557 | | |
| identyfikator REGON | 381852469 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Gemini | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOCHNIA, 32-700, ul. Plac Gazaris 1B | - | APT |
| telefon/ telefony | 146100612 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 452 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SUPER-PHARM POLAND SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-672, ul. Domaniewska 48 | | |
| telefon/ telefony: | 225470400 | | |
| identyfikator REGON | 016317049 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Super-Pharm | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-536, ul. Podgórska 34 | - | APT |
| telefon/ telefony | 126192284 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SUPER-PHARM APTEKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-876, Al.Gen. Tadeusza Bora-Komorowskiego 41/M007 | - | APT |
| telefon/ telefony | 123906462 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 27.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SUPER-PHARM APTEKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 30-644, ul. H. Kamieńskiego 11/E19+E20+E21 | - | APT |
| telefon/ telefony | 123907743 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 17.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|--|--|---------------------------|--|
| nazwa: | SUPER-PHARM APTEKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Sącz, 33-300, ul. Lwowska 80 | - | APT |
| telefon/ telefon | 185314630 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 17.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 5 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SUPER-PHARM APTEKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Modnicza, 32-085, ul. prof. Rożańskiego 32/M3 | - | APT |
| telefon/ telefon | 123907293 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 17.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 6 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SUPER-PHARM APTEKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zakopane, 34-500, ul. Krupówki 45 | - | APT |
| telefon/ telefon | 185314460 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 17.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 7 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SUPER-PHARM APTEKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-154, ul. Pawia 5a/K-330 | - | APT |
| telefon/ telefon | 123478430 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 07.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 453 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Apteka Niskie Ceny Sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Długa 19 | | |
| telefon/ telefon: | 146242400 | | |
| identyfikator REGON | 366875002 | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Długa 19 | - | APT |
| telefon/ telefon | 146242400 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Czerwonych Klonów 4 | - | APT |
| telefon/ telefon | 146390980 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 454 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | INSIEME SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-261, ul. Rusznikarska 17 | | |
| telefon/ telefon: | 882929809 | | |
| identyfikator REGON | 122695586 | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-261, ul. Rusznikarska 17 | - | APT |
| telefon/ telefon | 882929809 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.07.2021 | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-504, ul. Kalwaryjska 14 | - | APT |
| telefon/ telefon | 784034219 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.07.2021 | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-612, ul. Wincentego Witosa 39 | - | APT |
| telefon/ telefon | 696872099 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.07.2021 | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-618, os. Złotego Wieku 80 | - | APT |
| telefon/ telefon | 126 471 448 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 01.12.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-618, os. Złotego Wieku 80 | - | APT |
| telefon/ telefon | 788 656 022 126 479 000 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.07.2021 | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 455 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | ALICANTEE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-668, ul. Włotowa 1 | | |
| telefon/ telefon: | 126610849 | | |
| identyfikator REGON | 120362853 | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-836, ul. Jerzmanowskiego 12A | - | APT |
| telefon/ telefon | 666036514 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.07.2021 | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY TARG, 34-400, ul. Rynek 19 | - | APT |
| telefon/ telefon | 696872966 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.07.2021 | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-844, os. Kazimierzowskie 37 | - | APT |
| telefon/ telefon | 694710120 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIECHÓW, 32-200, ul. Józefa Piłsudskiego 1 | - | APT |
| telefon/ telefon | 666036517 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |

| Data wykreślenia z wykazu | | | |
|---|---|---------------------------|--|
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-548, Al. Pokoju 14 | | |
| telefon/ telefony | 666036516 | | |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.07.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-668, ul. Włotowa 1 | | |
| telefon/ telefony | 666036513 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-926, os. Centrum B 4 | | |
| telefon/ telefony | 666036512 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-202, ul. Prądnicka 69 | | |
| telefon/ telefony | 604675460 | | |
| Data dodania do wykazu | 05.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WADOWICE, 34-100, ul. Zatorska 1 | | |
| telefon/ telefony | 513103870 | | |
| Data dodania do wykazu | 05.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.07.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 10 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUCHA BESKIDZKA, 34-200, ul. Szpitalna 22 | | |
| telefon/ telefony | 666036515 | | |
| Data dodania do wykazu | 05.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 11 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-548, Al. Pokoju 14 | | |
| telefon/ telefony | 666036516 | | |
| Data dodania do wykazu | 12.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 456 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | GRUPER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-038, ul. Starowiślna 1 | | |
| telefon/ telefony: | 126610830 | | |
| identyfikator REGON | 351590946 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-033, ul. Plac Inwalidów 8/1 | | |
| telefon/ telefony | 797934250 | | |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.07.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-418, ul. Zakopiańska 115c | | |
| telefon/ telefony | 517781656 | | |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.07.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-831, ul. Bieńczycki Plac Targowy 11/1 | | |
| telefon/ telefony | 728777815 | | |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 04.08.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-038, ul. Starowiślna 1 | | |
| telefon/ telefony | 666036518 | | |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.07.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-611, ul. Wystouchów 30a | | |
| telefon/ telefony | 728478586 | | |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.07.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-002, ul. Prądnicka 4 | | |
| telefon/ telefony | 881056389 | | |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 13.08.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-149, ul. Balicka 18 | | |
| telefon/ telefony | 883354718 | | |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 13.08.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘTY, 32-650, ul. Rynek 27 | | |
| telefon/ telefony | 608245893 | | |
| Data dodania do wykazu | 05.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.07.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIMANOWA, 34-600, ul. Rynek 9 | | |
| telefon/ telefony | 660010850 | | |
| | | | 2 |

| | | | |
|---|--|---------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | 15.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 10 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-831, ul. Bieńczycki Plac Targowy 11/1 | | |
| telefon/ telefony | 728777815 | | |
| Data dodania do wykazu | 08.11.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 457 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | "LEKICITO" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYBNIK, 44-200, ul. Jana III Sobieskiego 1 | | |
| telefon/ telefony | 382621962 | | |
| identyfikator REGON | 432505990 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Dr. Max | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKOPANE, 34-500, ul. Kamieniec 5 | | |
| telefon/ telefony | 182068056 | | |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Dr. Max | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GDÓW, 34-420, GDÓW 53 | | |
| telefon/ telefony | 122846694 | | |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Dr. Max | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZESKO, 32-800, ul. Sienkiewicza 5/1a | | |
| telefon/ telefony | 146853285 | | |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Dr. Max | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Papieska 39 | | |
| telefon/ telefony | 184452348 | | |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Dr. Max | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, ul. Kraszewskiego 83 | | |
| telefon/ telefony | 184716112 | | |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 458 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | HIPOKRATES CHOŃSKI SZYDŁOWSKA SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-616, os. Złotego Wieku 19-20 | | |
| telefon/ telefony | 126478780 | | |
| identyfikator REGON | 382274661 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Gemini | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-682, ul. Spółdzielców 3 | | |
| telefon/ telefony | 126556301 | | |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Gemini | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-616, os. Złotego Wieku 19-20 | | |
| telefon/ telefony | 123857027 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Gemini | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-619, ul. Turniejowa 73F/70 | | |
| telefon/ telefony | 123802949 | | |
| Data dodania do wykazu | 10.03.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 459 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | MALGORZATA PYTLIK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BĘDZIN, 42-500, ul. bp. Adama Śmigajelskiego 7/7 | | |
| telefon/ telefony | 126472119 | | |
| identyfikator REGON | 386358076 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-845, os. Przy Arce 1 | | |
| telefon/ telefony | 666036511 | | |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 13.07.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | APTEKA NIEZAPOMINAJKA | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-845, os. Przy Arce 1 | | |
| telefon/ telefony | 666036511 | | |
| Data dodania do wykazu | 24.11.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 460 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | APTEKA FLOS A.MATUSIŃSKA SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRCZYCE, 32-410, ul. Rynek 16 | | |
| telefon/ telefony | 122711005 | | |
| identyfikator REGON | 357502363 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka FLOS | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRCZYCE, 32-410, ul. Rynek 16 | | |
| telefon/ telefony | 122711005 | | |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 461 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | APTEKA ORAWSKA T. DZIUBEK SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JABLONKA, 34-480, ul. Sobieskiego 6 | | |
| telefon/ telefony | 885551144 | | |
| identyfikator REGON | 122997390 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JABLONKA, 34-480, ul. Sobieskiego 6 | | |
| telefon/ telefony | 797108715 | | |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.07.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JABLONKA, 34-480, ul. Sobieskiego 6 | | |
| telefon/ telefony | 797108715 | | |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.07.2021 | | |

| | | | |
|---|--|--------------------|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JABLONKA, 34-480, ul. 3-go Maja 9 | - | APT |
| telefon/ telefony | 885551144 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 30.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.07.2021 | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 462 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | APTEKA RODZINNA MGR FARM. KAMIL OLSZANEKI I WSPOLNICY SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WADOWICE, 34-100, ul. Podgórska 6 | | |
| telefon/ telefony: | 338738113 | | |
| identyfikator REGON | 070615796 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Centrum Dla Zdrowia | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SPYTKOWICE, 34-116, ul. Rynek 32 | - | APT |
| telefon/ telefony | 334766332 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Rodzinna Centrum Dla Zdrowia | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stryków, 34-146, Stryków 626 | - | APT |
| telefon/ telefony | 338797779 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 17.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Podhalanin | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WADOWICE, 34-100, ul. Wojska Polskiego 17 | - | APT |
| telefon/ telefony | 730203463 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 24.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Rodzinna Centrum Dla Zdrowia | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WADOWICE, 34-100, ul. Podgórska 6 | - | APT |
| telefon/ telefony | 338738113 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 30.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 463 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | IzaFarm Izabela Drwiega | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RUDA SŁĄSKA, 41-706, ul. Marii Rodziewiczówny 2 | | |
| telefon/ telefony: | 507467999 | | |
| identyfikator REGON | 386350821 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZESKO, 32-800, ul. Adama Mickiewicza 29 | - | APT |
| telefon/ telefony | 507467999 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZIELONKI, 32-087, ul. Krakowskie Przedmieście 87 | - | APT |
| telefon/ telefony | 796736389 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.07.2021 | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 464 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | GLG GROUP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GNOJNIK, 32-864, Gnojnik 527 | | |
| telefon/ telefony: | 501364198 | | |
| identyfikator REGON | 362675336 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Rumińnek | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GNOJNIK, 32-864, Gnojnik 527 | - | APT |
| telefon/ telefony | 146648255 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 465 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | CEFARM SŁĄSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GDYNIA, 81-304, ul. Śląska 53/B102 | | |
| telefon/ telefony: | 226114750 | | |
| identyfikator REGON | 272045210 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka "Dr.Max" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOLBROM, 32-340, ul. Mariacka 6 | - | APT |
| telefon/ telefony | 502579035 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka "Dr.Max" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-580, Aleja Pokoju 67 | - | APT |
| telefon/ telefony | 122965656 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 30.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 21.10.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka "Dr.Max" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-663, ul. Wielicka 259/L.14A | - | APT |
| telefon/ telefony | 571245841 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 29.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 466 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | "DIAFAR" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, ul. Kościuski 18 | | |
| telefon/ telefony: | 326231339 | | |
| identyfikator REGON | 273507109 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka "DIAFAR" Sp. z o.o | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, ul. Kościuski 18 | - | APT |
| telefon/ telefony | 326231339 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 467 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | APTEKA VITA MARIA KUCHARSKA-PITALA, GABRIELA PITALA-TYNOR, JAKUB PITALA SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-698, ul. Szybisko 15B | | |
| telefon/ telefony: | 126490767 | | |
| identyfikator REGON | 356905290 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | DOZ Apteka. Dbam o Zdrowie. Vita | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-383, ul. Lubostron 15 | - | APT |
| telefon/ telefony | 122571137 | | 10 |

| | | | |
|---|---|---------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | DOZ Apteka. Dbam o Zdrowie. Vita | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-826, ul. Komuny Paryskiej 1a | | |
| telefon/ telefony | 531330083 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | DOZ Apteka. Dbam o Zdrowie Vita | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKAWINA, 32-050, ul. Korabnicka 7A | | |
| telefon/ telefony | 504906149 | | |
| Data dodania do wykazu | 13.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 468 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Angelika Nizińska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-654, ul. Edwarda Heila 14 | | |
| telefon/ telefony: | 503547182 | | |
| identyfikator REGON | 121649405 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Orchis | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-693, ul. Adama Bochenka 10/5 | | |
| telefon/ telefony | 123450605 | | |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 469 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Szóstka Apteka Zdrowit Spółka z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piekary Śląskie, 41-943, ul. Diamentowa 3 | | |
| telefon/ telefony: | 338464531 | | |
| identyfikator REGON | 243431230 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Zdrowit | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Śniadeckiego 23-39 | | |
| telefon/ telefony | 338464531 | | |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.07.2021 | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 470 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Ewa Panczakiewicz-Pawlega | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-427, ul. Stefana Ziobrowskiego 1/3 | | |
| telefon/ telefony: | 126539053 | | |
| identyfikator REGON | 120344962 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka "Na Złocieniu" | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-798, ul. Nefrytowa 4 | | |
| telefon/ telefony | 126539053 | | |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 471 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | AQUA PTASZYŃSKA MICHAŁAK SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLKUSZ, 32-300, ul. Króla Kazimierza Wielkiego 28 | | |
| telefon/ telefony: | 326412949 | | |
| identyfikator REGON | 382882194 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Gemini | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLKUSZ, 32-300, ul. Króla Kazimierza Wielkiego 28 | | |
| telefon/ telefony | 326412949 | | |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 472 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | BRL CENTER - POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW, 54-613, ul. Krzemieniecka 60A | | |
| telefon/ telefony: | 515080317 | | |
| identyfikator REGON | 932836174 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka "Dr. Max" | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOLBROM, 32-340, os. Skalska 22 | | |
| telefon/ telefony | 326457864 | | |
| Data dodania do wykazu | 25.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Dr. Max Apteka Centrum Tanich Leków | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-201, ul. Bratysławska 4 | | |
| telefon/ telefony | 126264458 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 13.10.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka "Dr. Max" | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ANDRYCHÓW, 34-120, ul. 27-go stycznia 9 | | |
| telefon/ telefony | 338770213 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Dr. Max Apteka Centrum Tanich Leków | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-201, ul. Bratysławska 4 | | |
| telefon/ telefony | 126264458 | | |
| Data dodania do wykazu | 14.02.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 473 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | EUROPEJSKA XV SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KATOWICE, 40-058, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 22/23 | | |
| telefon/ telefony: | 512171730 | | |
| identyfikator REGON | 366766253 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Dr. Max | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Powstańców Śląskich 1/0.11 | | |
| telefon/ telefony | 338411117 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 474 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | URSZULĄ DOBOSZEWSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-056, ul. Estery 3 | | |
| telefon/ telefony: | 124292673 | | |
| identyfikator REGON | 120811139 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Esterka | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|--------------------|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-056, ul. Estery 3 | - | APT |
| telefon/ telefony | 124292673 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 30.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 475 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | POLNETCOM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TYCHY, 43-100, ul. Fabryczna 45 | | |
| telefon/ telefony: | 502294202 | | |
| identyfikator REGON | 276918787 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka "Dr. Max" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-346, ul. Sławowa 61/16 | - | APT |
| telefon/ telefony | 122650327 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 05.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka "Dr. Max" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY TARG, 34-400, ul. Królowej Jadwigi 17 | - | APT |
| telefon/ telefony | 182649935 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 03.02.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 476 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | APTEKA DOBRA DUBIEL SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRA, 34-642, Dobra 426 | | |
| telefon/ telefony: | 183330779 | | |
| identyfikator REGON | 120525379 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka DOBRA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRA, 34-642, Dobra 426 | - | APT |
| telefon/ telefony | 183330779 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 05.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 477 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | ARC-INVEST SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 04-398, ul. Grochowska 256/10 | | |
| telefon/ telefony: | 226310747 | | |
| identyfikator REGON | 146278914 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka FARMACJA 24 | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOCHNIA 32-700, ul. Różana 19 | - | APT |
| telefon/ telefony | 146135377 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 05.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 478 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | IPHARM 2 SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Słowackiego 1 | | |
| telefon/ telefony: | 338424473 | | |
| identyfikator REGON | 121523876 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka 4 Pory Roku | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Słowackiego 1 | - | APT |
| telefon/ telefony | 338424473 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 12.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 479 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | TRADEESSENCE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, ul. Rynek 2 | | |
| telefon/ telefony: | 695400336 | | |
| identyfikator REGON | 121446831 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka 4 Pory Roku | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, ul. Rynek 2 | - | APT |
| telefon/ telefony | 326450609 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 12.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 480 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Anna Słobierska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-219, ul. Koło Strzelnicy 2 | | |
| telefon/ telefony: | 508369493 | | |
| identyfikator REGON | 369523574 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZIKO APTEKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-219, ul. Koło Strzelnicy 2 | - | APT |
| telefon/ telefony | 124483220 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 12.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZIKO APTEKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-206, ul. KSIĘCIA JÓZEFA 20 LOK 0.4 | - | APT |
| telefon/ telefony | 123951179 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 13.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 481 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | APTEKA MANDRAGORA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MYŚLENICE, 32-400, ul. Władysława Jagiełły 2 | | |
| telefon/ telefony: | 122724090 | | |
| identyfikator REGON | 356790450 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Mandragora | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MYŚLENICE, 32-400, ul. Władysława Jagiełły 2 | - | APT |
| telefon/ telefony | 122724090 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 13.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 482 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | VINCENT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-216, ul. Legnicka 5 | | |
| telefon/ telefony: | 122611587 | | |
| identyfikator REGON | 472261108 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZIKO Apteka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-382, ul. Kobierzyńska 93/10u | - | APT |
| telefon/ telefony | 124481785 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 13.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| nazwa: | ZIKO Apteka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-425, al. 29 Listopada 65 | - | APT |
| telefon/ telefony | 124481636 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 13.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZIKO Apteka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Polskiego Czerwonego Krzyża 26 | - | APT |
| telefon/ telefony | 146968991 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 19.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZIKO Apteka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-040, ul. Królewska 47 | - | APT |
| telefon/ telefony | 124481761 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 20.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 5 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZIKO Apteka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Myślenice, 32-400, ul. Słoneczna 2E/0.15 | - | APT |
| telefon/ telefony | 123951148 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 04.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 6 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZIKO Apteka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-504, ul. Kalwaryjska 12 | - | APT |
| telefon/ telefony | 124481725 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 07.12.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 7 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ziko Apteka Tanie Leki | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLKUSZ, 32-300, ul. Króla Kazimierza Wielkiego 24 | - | APT |
| telefon/ telefony | 324388630 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 14.02.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 483 | | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne |
| nazwa: | ZIKO APTEKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-216, ul. Legnicka 5 | | |
| telefon/ telefony: | 126875700 | | |
| identyfikator REGON | 120228256 | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZIKO Apteka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-800, ul. Aleksandry 11 | - | APT |
| telefon/ telefony | 124481606 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 13.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka ZIKO | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Wąłowa 2 | - | APT |
| telefon/ telefony | 146968992 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 27.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka ZIKO | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-625, os. Piastów 60 | - | APT |
| telefon/ telefony | 124481607 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 03.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka ZIKO | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-834, Os. Jagiellońskie 19/23u | - | APT |
| telefon/ telefony | 124481631 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 05.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 5 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka ZIKO | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-952, os. Uroczę 1/U005 | - | APT |
| telefon/ telefony | 124481618 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 17.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 6 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka ZIKO | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-201, ul. Bratysławska 2/68 | - | APT |
| telefon/ telefony | 124481609 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 17.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 7 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZIKO APTEKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-146, ul. Długa 88 | - | APT |
| telefon/ telefony | 124481621 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 29.11.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 8 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | APTEKA OGÓLNODESTĘPNA ZIKO | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-108, ul. Retoryka 23 | - | APT |
| telefon/ telefony | 601473009 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 29.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 484 | | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne |
| nazwa: | COSMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-823, ul. Osmańska 12 | | |
| telefon/ telefony: | 224171550 | | |
| identyfikator REGON | 015498451 | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | APTEKA COSMEDICA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Węgierska 170/41 | - | APT |
| telefon/ telefony | 185408712 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 15.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | APTEKA COSMEDICA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Krakowska 149/70 | - | APT |

| | | | |
|---|---|---------------------------|--|
| telefon/ telefony | 146466470 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 07.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | APTEKA COSMEDICA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Szkolnik 1A/0.07 | - | APT |
| telefon/ telefony | 146480006 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 17.11.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 485 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Jolanta Staszczak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-438, ul. Borkowska 5b | | |
| telefon/ telefony: | 122630129 | | |
| identyfikator REGON | 351490593 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Fantazja | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-438, ul. Borkowska 3/LU.8 | - | APT |
| telefon/ telefony | 122630129 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 15.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 486 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | RADÓN & BRZOSTOWSKA SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚĘDZISZÓW MAŁOPOLSKI, 39-120, ul. Niepodległości 53 | | |
| telefon/ telefony: | 505960011 | | |
| identyfikator REGON | 363031870 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Nova | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Romanowicza 39a | - | APT |
| telefon/ telefony | 505960011 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 19.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 487 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE PROMED KLUSKA MAZGAJ SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY ŚĄCZ, 33-300, ul. Władysława Broniewskiego 3 | | |
| telefon/ telefony: | 184491692 | | |
| identyfikator REGON | 491978449 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne Promed | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY ŚĄCZ, 33-300, ul. Władysława Broniewskiego 3 | - | POP |
| telefon/ telefony | 184491692 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 20.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 488 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Netfarm sp. z o.o | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa, 00-517, ul. Marszałkowska 80 | | |
| telefon/ telefony: | 609444824 | | |
| identyfikator REGON | 146866261 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | DOZ Apteka Dbam o Zdrowie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-611, ul. Stojalowskiego 6 | - | APT |
| telefon/ telefony | 736697717 | | 5 |
| Data dodania do wykazu | 04.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Dbam o Zdrowie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Lwowska 197/1 | - | APT |
| telefon/ telefony | 736697792 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 18.10.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 489 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Medico-invest Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 04-398, ul. Grochowska 256 | | |
| telefon/ telefony: | 226310747 | | |
| identyfikator REGON | 140647919 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | APTEKA TWOJE LEKI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorlice, 38-300, ul. Węgierska 21 | - | APT |
| telefon/ telefony | 183537023 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 04.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | APTEKA TWOJE LEKI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów, 33-100, ul. Nowodąbrowska 127/1.01 | - | APT |
| telefon/ telefony | 146395112 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 04.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Twoje Leki | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów, 33-100, ul. Urszulańska 7 | - | APT |
| telefon/ telefony | 146268367 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 18.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 490 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Małgorzata Adamaszek-Czechowska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘTY, 32-650, ul. Żwirki i Wigury 25 | | |
| telefon/ telefony: | 338452635 | | |
| identyfikator REGON | 356866590 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Jana Kantego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘTY, 32-650, ul. Legionów 28 | - | APT |
| telefon/ telefony | 608300352 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 04.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 491 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | CITO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-644, ul. H. Kamińskiego 51 | | |
| telefon/ telefony: | 126875700 | | |
| identyfikator REGON | 361388421 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZIKO Apteka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-541, al. Powstania Warszawskiego 12 | - | APT |
| telefon/ telefony | 124481778 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 05.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielenia świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|-----------------------|---|
| nazwa: | ZIKO Apteka | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 30-392, ul. Czerwone Maki 33/0.3 | | |
| telefon/ telefony | 124481692 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 17.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZIKO Apteka | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOCHNIA, 32-700, ul. T. Kościuszki 1/2 | | |
| telefon/ telefony | 146968993 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 17.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 492 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | MIEJSKA PRZYCHODNIA LEKARSKA NR II NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów, 33-100, ul. Ignacego Mościckiego 14 | | |
| telefon/ telefony: | 14688 88 82 | | |
| identyfikator REGON | 651793415 | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień - Miejska Przychodnia Lekarska Nr II NZOZ Sp. z o.o. | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów, 33-100, ul. Ignacego Mościckiego 14 | | |
| telefon/ telefony | 790202344 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 13.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 493 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | STS TRADE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Myślenice, 32-400, ul. Andrzeja Średniawskiego 58 B | | |
| telefon/ telefony: | 609650704 | | |
| identyfikator REGON | 122610899 | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Pielęgniarska - Punkt Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Myślenice, 32-400, ul. Jagiellońska 11/5 | | |
| telefon/ telefony | 609650704 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 13.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 494 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PZP CEFARM-KRAKÓW S.A. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 30-716, ul. Albatrosów 1 | | |
| telefon/ telefony: | 122733687 | | |
| identyfikator REGON | 356686600 | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | APTEKA DBAM O ZDROWIE | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawoja, 34-222, Zawoja 1560 | | |
| telefon/ telefony | 736697975 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 17.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | APTEKA DBAM O ZDROWIE | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-923, os. Centrum A 4 | | |
| telefon/ telefony | 736697964 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 30.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Dbam o Zdrowie | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-227, ul. Zielińska 3 | | |
| telefon/ telefony | 736697970 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 08.10.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Dbam o Zdrowie | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-476, ul. Bosaków 11 | | |
| telefon/ telefony | 736697959 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 29.11.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 5 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Dbam o Zdrowie | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Władysława Reymonta 35 | | |
| telefon/ telefony | 736697794 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 03.12.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 6 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Dbam o Zdrowie | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SULKOWICE, 32-440, ul. Szkolna 9 | | |
| telefon/ telefony | 736697973 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 10.12.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 7 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Dbam o Zdrowie | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 34-504, ul. Kalwaryjska 94 | | |
| telefon/ telefony | 736697961 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 10.12.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 495 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | APTEKA "ESKULAP" MOSTOWIK I SPÓŁKA - SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Bronisława Czecha 2 | | |
| telefon/ telefony: | 338414697 | | |
| identyfikator REGON | 122511826 | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka "Miętowa" | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Bronisława Czecha 2 | | |
| telefon/ telefony | 338414697 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 24.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 496 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | EURO-A SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-141, ul. Krowoderska 31 | | |
| telefon/ telefony: | 124300035 | | |
| identyfikator REGON | 120334082 | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | APTEKA DBAM O ZDROWIE | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-141, ul. Krowoderska 31 | | |
| telefon/ telefony | 736697962 | | 2 |

| | | | |
|---|---|-----------------------|---|
| Data dodania do wykazu | 24.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 497 | | szczerzenie personelu | szczerzenie populacyjne |
| nazwa: | APTEKARZE ZBYRAD ZAGÓRSKA SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZEŹSTOCHOWA, 42-220, Al. Najświętszej Maryi Panny 18 | | |
| telefon/ telefon | 505722600 | | |
| identyfikator REGON | 369813496 | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | APTEKA GEMINI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 32-100, ul. Ochronek 34 | - | APT |
| telefon/ telefon | 146272087 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 24.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 498 | | szczerzenie personelu | szczerzenie populacyjne |
| nazwa: | KOPFARM Mikołaj Kopiec | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KLUCZE, 32-310, ul. Zawierciańska 4 | | |
| telefon/ telefon | 327515302 | | |
| identyfikator REGON | 242987036 | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Tęczowa | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAW, 32-329, ul. Laskowska 4a | - | APT |
| telefon/ telefon | 327936285 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 07.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Tęczowa | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KLUCZE, 32-310, ul. Zawierciańska 4 | - | APT |
| telefon/ telefon | 326428800 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 31.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 499 | | szczerzenie personelu | szczerzenie populacyjne |
| nazwa: | APTEKA NA KAZIMIERZU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-716, ul. Albatrosów 1 | | |
| telefon/ telefon | 736697720 | | |
| identyfikator REGON | 352006406 | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | APTEKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, Aleja inż. Nowotarskiego 7 | - | APT |
| telefon/ telefon | 736697720 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 24.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 500 | | szczerzenie personelu | szczerzenie populacyjne |
| nazwa: | DANUTA SIKORA, RAFAŁ ROKOWSKI działający jako wspólnicy s.c. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Andrychów, 34-120, ul. Stanisława Lenartowicza 40 | | |
| telefon/ telefon | 338751295 | | |
| identyfikator REGON | 070901349 | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | APTEKA "ANIMAR" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Andrychów, 34-120, ul. Stanisława Lenartowicza 40 | - | APT |
| telefon/ telefon | 338759155 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 24.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 13.06.2022 | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 501 | | szczerzenie personelu | szczerzenie populacyjne |
| nazwa: | GEMMA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-118, ul. Podwale 6 | | |
| telefon/ telefon | 736697967 | | |
| identyfikator REGON | 120370095 | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Dbam o Zdrowie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-154, ul. Pawia 5/20 | - | APT |
| telefon/ telefon | 736697967 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 27.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 502 | | szczerzenie personelu | szczerzenie populacyjne |
| nazwa: | MEDICOR SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GORLICE, 38-300, ul. Cicha 7 | | |
| telefon/ telefon | 183540810 | | |
| identyfikator REGON | 122928590 | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień Medikor | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOBYLANKA, 38-303, Kobylanka 744 | - | POP |
| telefon/ telefon | 183531517 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 27.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 503 | | szczerzenie personelu | szczerzenie populacyjne |
| nazwa: | Apteka Staromiejska sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLKUSZ, 32-300, ul. Adama Mickiewicza 7 | | |
| telefon/ telefon | 326434465 | | |
| identyfikator REGON | 365264383 | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Staromiejska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLKUSZ, 32-300, ul. Adama Mickiewicza 7 | - | APT |
| telefon/ telefon | 326434465 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 28.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 504 | | szczerzenie personelu | szczerzenie populacyjne |
| nazwa: | Marta Kobel, Bartłomiej Kobel działający jako wspólnicy s.c. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RZAŃKA, 30-199, ul. Balicka 49A | | |
| telefon/ telefon | 602836551 | | |
| identyfikator REGON | 120524931 | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Rzańka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RZAŃKA, 30-199, ul. Balicka 49A | - | APT |
| telefon/ telefon | 123575982 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 08.10.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 505 | | szczerzenie personelu | szczerzenie populacyjne |
| nazwa: | PRZEDSIĘBIORSTWO ZAOPATRZENIA FARMACEUTYCZNEGO "CEFARM-WARSZAWA" SPÓŁKA AKCYJNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KATOWICE, 40-431, ul. Szopienicka 77 | | |
| telefon/ telefon | 227338755 | | |
| identyfikator REGON | 012859010 | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|---|--------------------|---|
| nazwa: | APTEKA CEF@RM 3,6,6 | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Błonie 2 lok1/15 | | 4 |
| telefon/ telefony | 14696931 | | |
| Data dodania do wykazu | 08.10.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 506 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | CANNA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁÓDŹ, 94-406, ul. Kinga C. Gillette 11 | | |
| telefon/ telefony: | 736697723 | | |
| identyfikator REGON | 100337239 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Dbam o Zdrowie | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, pl. Gen. Henryka Dąbrowskiego 1 | | 2 |
| telefon/ telefony | 736697723 | | |
| Data dodania do wykazu | 13.10.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 507 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | INVIMED-T sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-532, ul. Rakowiecka 36 | | |
| telefon/ telefony: | 123451333 | | |
| identyfikator REGON | 013208176 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Medicover | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-536, ul. Podgórska 36 | | 3 |
| telefon/ telefony | 664187479 | | |
| Data dodania do wykazu | 21.10.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 508 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SMALEC MAGDALENA, HALCZYŃSKA AGNIESZKA DZIAŁAJĄCY JAKO WSPÓLNICY S.C. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Królowej Jadwigi 31 | | |
| telefon/ telefony: | 184421692 | | |
| identyfikator REGON | 490300053 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | APTEKA | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Królowej Jadwigi 31 | | 1 |
| telefon/ telefony | 184421692 | | |
| Data dodania do wykazu | 04.11.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 509 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Sandra Bočko | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-071, ul. św. Stanisława 6 | | |
| telefon/ telefony: | 609492444 | | |
| identyfikator REGON | 277690560 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Salamandra Królewska | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIEPOLOMICE, 32-005, ul. Grunwaldzka 9 | | 1 |
| telefon/ telefony | 609492444 | | |
| Data dodania do wykazu | 04.11.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 510 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | ANNA LIPTAK-RUMIAN, KRYSZYNA URYGA, BEATA MÓL-REJOWSKA DZIAŁAJĄCY JAKO WSPÓLNICY S.C. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIMANOWA, 34-600, ul. Józefa Marka 20 | | |
| telefon/ telefony: | 183370083 | | |
| identyfikator REGON | 120020627 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka "Nowa" | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁUKOWICA, 34-606, Łukowicka 533 | | 2 |
| telefon/ telefony | 183327867 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.11.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 511 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | CENTRUM TANICH LEKÓW VII CHOJNACKI SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-423, ul. Józefa Łepkowskiego 5 | | |
| telefon/ telefony: | 123793801 | | |
| identyfikator REGON | 350712353 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka HYGIEIA | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBINIA, 32-540, ul. Tadeusza Kościuszki 43a | | 3 |
| telefon/ telefony | 327508766 | | |
| Data dodania do wykazu | 17.11.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 512 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | POLMEDICAL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-416, ul. Dobrego Pasterza 67 | | |
| telefon/ telefony: | 124136136 | | |
| identyfikator REGON | 350525935 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Hygieia Centrum Leków | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-214, ul. Bałtycka 3 | | 2 |
| telefon/ telefony | 124201417 | | |
| Data dodania do wykazu | 17.11.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Hygieia Centrum Leków | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-967, os. Kolorowe 11A | | 1 |
| telefon/ telefony | 122596186 | | |
| Data dodania do wykazu | 10.12.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Hygieia Centrum Leków | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-011, ul. Wrocławska 48 | | 1 |
| telefon/ telefony | 126334432 | | |
| Data dodania do wykazu | 27.12.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 513 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | MARIA KASPRZAK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WADOWICE, 34-100, ul. H. Sienkiewicza 6 | | |
| telefon/ telefony: | 070466103 | | |
| identyfikator REGON | 338235869 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|---|--------------------|---|
| nazwa: | Apteka PANACEUM | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WADOWICE, 34-100, ul. H. Sienkiewicza 6 | | |
| telefon/ telefony | 338235869 | | |
| Data dodania do wykazu | 25.11.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 514 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Apteka Prywatna Stefania Król, Jolanta Turchan Spółka Jawna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JORDANÓW, 34-240, ul. Piłsudskiego 1 | | |
| telefon/ telefony: | 182675168 | | |
| identyfikator REGON | 490437065 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Jordanowska | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JORDANÓW, 34-240, ul. Rynek 3 | | |
| telefon/ telefony | 182675303 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.11.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 515 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Liber Apteki Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Krakowska 53 | | |
| telefon/ telefony: | 736697790 | | |
| identyfikator REGON | 120503136 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Dbam o Zdrowie | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Krakowska 53 | | |
| telefon/ telefony | 736697790 | | |
| Data dodania do wykazu | 01.12.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 516 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | MAŁGORZATA STEC | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIEPRZ, 34-122, ul. Centralna 1 | | |
| telefon/ telefony: | 338770272 | | |
| identyfikator REGON | 070876686 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka "Centrum" | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIEPRZ, 34-122, ul. Centralna 1 | | |
| telefon/ telefony | 338770272 | | |
| Data dodania do wykazu | 10.12.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 517 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | MITAN-ABEL MARZENA Apteka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKOPANE, 34-500, ul. Nowotarska 4 | | |
| telefon/ telefony: | 182014225 | | |
| identyfikator REGON | 490649726 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | APTEKA Marzena Mitan-Abel | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKOPANE, 34-500, ul. Nowotarska 4 | | |
| telefon/ telefony | 182014225 | | |
| Data dodania do wykazu | 10.12.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKOPANE, 34-500, ul. Krupówki 75 | | |
| telefon/ telefony | 182064255 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 518 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | KISZKA ARTUR | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 34-500, ul. Rynek 14 | | |
| telefon/ telefony: | 503128734 | | |
| identyfikator REGON | 273362674 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Seniora | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, ul. Piłsudskiego 7 | | |
| telefon/ telefony | 326241190 | | |
| Data dodania do wykazu | 14.12.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 519 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | HYGIEIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-416, ul. Dobrego Pasterza 67 | | |
| telefon/ telefony: | 126811128 | | |
| identyfikator REGON | 120153920 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Higiela | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-423, os. Bohaterów Września 76 | | |
| telefon/ telefony | 126811128 | | |
| Data dodania do wykazu | 17.12.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Higiela | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-107, ul. Plac Na Stawach 1 | | |
| telefon/ telefony | 124270222 | | |
| Data dodania do wykazu | 17.12.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Higiela | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-198, ul. K. Wierzyńskiego 9 | | |
| telefon/ telefony | 126260705 | | |
| Data dodania do wykazu | 19.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Higiela | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-306, ul. Niska 2 | | |
| telefon/ telefony | 126370119 | | |
| Data dodania do wykazu | 10.02.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 520 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Jan Zaziąbło | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TYLMANOWA, 34-451, os. Bliszcz 223 | | |
| telefon/ telefony: | 661451545 | | |
| identyfikator REGON | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | APTEKA MAŁINA | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TYLMANOWA, 34-451, os. Bliszcz 223 | | |

| | | | |
|---|---|--------------------|---|
| telefon/ telefony | 661451545 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 27.12.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 521 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | APTEKA MILENIUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZESKO, 32-800, ul. Królowej Jadwigi 3 | | |
| telefon/ telefony: | 146864030 | | |
| identyfikator REGON | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Cef@rm 36,6 | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZESKO, 32-800, ul. Królowej Jadwigi 3 | - | APT |
| telefon/ telefony | 146864030 | | 5 |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 522 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Centrum Medyczne "Piaski Nowe" Kacper Krawczyk, Robert Stec spółka jawna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-693, ul. Adama Bochenka 16/5-6 | | |
| telefon/ telefony: | 124431264 | | |
| identyfikator REGON | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne "Piaski Nowe" Kacper Krawczyk, Robert Stec sp. j. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-693, ul. Adama Bochenka 16/5-6 | - | POP |
| telefon/ telefony | 124431264,722946070 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 03.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 523 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | ARTFARM PROLEK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Jasna 71 | | |
| telefon/ telefony: | 608424436 | | |
| identyfikator REGON | 852515500 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "Apteka Pomarańczowa" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Szpitalna 26 | - | APT |
| telefon/ telefony | 146224688 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 03.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Jasna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Jasna 71 | - | APT |
| telefon/ telefony | 146240563 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 14.03.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Zielona | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Kilkowska 2 | - | APT |
| telefon/ telefony | 146361800 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 24.03.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 524 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE BOLMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAW, 32-329, ul. Laskowska 4a | | |
| telefon/ telefony: | 326424147 | | |
| identyfikator REGON | 389768231 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień C.M. BOLMED | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAW, 32-329, ul. Laskowska 4a | - | POP |
| telefon/ telefony | 326424147 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 03.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 525 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | ORTOTOP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-331, ul. Ludwinowska 11/9 | | |
| telefon/ telefony: | 531779999 | | |
| identyfikator REGON | 123160458 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień - Galeria Mozaika - "ORTOTOP" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-663, ul. Wielicka 259 | - | POP |
| telefon/ telefony | 512405982 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 03.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 28.03.2022 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień Dworzec Główny PKP w Krakowie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-154, ul. Pawia 5a | - | POP |
| telefon/ telefony | 575793999 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 21.02.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.03.2022 | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 526 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | JOLANTA ŁYSZCZEK-WOLAK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TĘGÓBORZE, 33-312, ul. Śąddecka 154 | | |
| telefon/ telefony: | 184449054 | | |
| identyfikator REGON | 49272605 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | APTEKA POD JUSTEM | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TĘGÓBORZE, 33-312, ul. Śąddecka 154 | - | APT |
| telefon/ telefony | 184449054 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 12.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 527 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Apteka Prywatna mgr farm. Maria Kucharska-Pitala, Leonard Pitala Spółka Jawna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-698, ul. Szybisko 15B | | |
| telefon/ telefony: | 663880725 | | |
| identyfikator REGON | 350501030 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | DOZ Apteka. Dbam o Zdrowie. Vita | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-426, ul. Montwiła-Mireckiego 8 | - | APT |
| telefon/ telefony | 504906149 | | 5 |
| Data dodania do wykazu | 12.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--------------------|---|
| nazwa: DOZ Apteka. Dbam o Zdrowie. Vita | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu MODLNICA, 32-085, ul. Jurajska 5 | | |
| telefon/ telefonowy 720449128 | | |
| Data dodania do wykazu 24.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 528 | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: PROLEK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu TARNÓW, 33-100, ul. Szpitalna 26 | | |
| telefon/ telefonowy: 608424436 | | |
| identyfikator REGON | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | - | APT |
| nazwa: Apteka Prolek | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu TUCHÓW, 33-170, ul. Adama Mickiewicza 48 | | |
| telefon/ telefonowy 146960519 | | |
| Data dodania do wykazu 12.01.2022 | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 529 | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: Top Pharm Jargan- Szklorz Spółka Jawna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu SOSNOWIEC, 41-200, ul. 3-go Maja 13 | | |
| telefon/ telefonowy: 322987777 | | |
| identyfikator REGON 243485271 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | - | APT |
| nazwa: Apteka Blisko Ciebie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu WOLBROM, 32-340, ul. Krakowska 43 | | |
| telefon/ telefonowy 321221233 | | |
| Data dodania do wykazu 13.01.2022 | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 530 | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: Apteka Pod Białym Orłem Tomasz Stworzewicz, Jerzy Stworzewicz, Mateusz Stworzewicz, Łukasz Stworzewicz sp.j. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu ANDRYCHÓW, 34-120, ul. Rynek 32 | | |
| telefon/ telefonowy: 338752881 | | |
| identyfikator REGON 070528761 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | - | APT |
| nazwa: DOZ Apteka Dbam o Zdrowie POD BIAŁYM ORŁEM | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu ANDRYCHÓW, 34-120, ul. Rynek 32 | | |
| telefon/ telefonowy 338752881 | | |
| Data dodania do wykazu 13.01.2022 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 531 | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: PROZDROWIE CENTRUM ORTOPEDYCZNO-DIAGNOSTYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu PROSZOWICE, 32-100, ul. Szpitalna 21 | | |
| telefon/ telefonowy: 533433930 | | |
| identyfikator REGON 383232950 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | - | POP |
| nazwa: Centrum ProZdrowie w Proszowicach - Punkt Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu PROSZOWICE, 32-100, ul. Szpitalna 21 | | |
| telefon/ telefonowy 533433930 | | |
| Data dodania do wykazu 17.01.2022 | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 532 | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: EWELINA BILNIK - MIRAJ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu KRAKÓW, 30-720, ul. Saska 27 | | |
| telefon/ telefonowy: 511167374 | | |
| identyfikator REGON 387389015 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | - | APT |
| nazwa: Apteka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu KRAKÓW, 31-513, ul. Olszańska 5 | | |
| telefon/ telefonowy 122874468 | | |
| Data dodania do wykazu 18.01.2022 | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 533 | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: "ZDROWE CENY" K. SŁEPEK G. SMOLA SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu NIEPOLOMICE, 32-005, ul. Rynek 15 | | |
| telefon/ telefonowy: 660452131 | | |
| identyfikator REGON 852613533 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | - | APT |
| nazwa: Apteka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu PIWNICZNA-ZDRÓJ, 33-350, ul. Rynek 2 | | |
| telefon/ telefonowy 184465468 | | |
| Data dodania do wykazu 24.01.2022 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 534 | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "FEMINA" Ewa Kamińska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu ŁĄCKO, 33-390, Łącko 662 | | |
| telefon/ telefonowy: 504186217 | | |
| identyfikator REGON 492911737 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | - | POP |
| nazwa: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "FEMINA" - poradnia położnej POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Rokitniańczyków 32 | | |
| telefon/ telefonowy 575858513 | | |
| Data dodania do wykazu 29.01.2022 | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 535 | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: Renata Biłska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu CZERNICHOŃ, ul. 32-070, ul. Wiśna 2 | | |
| telefon/ telefonowy: 609477708 | | |
| identyfikator REGON 122569412 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | - | APT |
| nazwa: Apteka w Przyczodni | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu CZERNICHOŃ, ul. 32-070, ul. Wiśna 2 | | |
| telefon/ telefonowy 123067054 | | |
| Data dodania do wykazu 29.01.2022 | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 536 | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: APTEKA PRYWATNA KWIECIEŃ SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu KRAKÓW, 31-610, os. Tysiąclecia 42 | | |
| telefon/ telefonowy: 606399955 | | |
| identyfikator REGON 003886493 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | - | APT |
| nazwa: Apteka w Przyczodni | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu CZERNICHOŃ, ul. 32-070, ul. Wiśna 2 | | |
| telefon/ telefonowy 123067054 | | |
| Data dodania do wykazu 29.01.2022 | | |

| | | | |
|---|---|--------------------|---|
| nazwa: | Apteka Słoneczna | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY ŚĄCZ, 33-300, ul. Poniatowskiego 12 | | |
| telefon/ telefony | 184731345 | | |
| Data dodania do wykazu Data wykreślenia z wykazu | 29.01.2022 | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 537 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | HYGIEIA CHOJNACKI SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-416, ul. Dobrego Pasterza 67 | | |
| telefon/ telefony: identyfikator REGON | 124123888 003916567 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka HYGIEIA | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-416, ul. Dobrego Pasterza 67 | | |
| telefon/ telefony | 124123888 | | |
| Data dodania do wykazu Data wykreślenia z wykazu | 29.01.2022 | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 538 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | APTEKA SŁONECZNA KWIECIEŃ KRAKÓW SZKOLNE SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-443, ul. Łąkowa 19 | | |
| telefon/ telefony: identyfikator REGON | 124250214 357163223 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Słoneczna | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZESKO, 32-800, ul. Kościuski 70 | | |
| telefon/ telefony | 798070491 | | |
| Data dodania do wykazu Data wykreślenia z wykazu | 31.01.2022 | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 539 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | GRZEGORZ KWIECIEŃ FIRMA HANDLOWA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-443, ul. Łąkowa 19 | | |
| telefon/ telefony: identyfikator REGON | 124250214 121294120 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Słoneczna | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIECHÓW, 32-200, ul. Szpitalna 3 | | |
| telefon/ telefony | 503795331 | | |
| Data dodania do wykazu Data wykreślenia z wykazu | 31.01.2022 | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 540 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Katarzyna Puciata | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-752, ul. Ujastek 3 | | |
| telefon/ telefony: identyfikator REGON | 888683519 387457389 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-752, ul. Ujastek 3 | | |
| telefon/ telefony | 888683519 | | |
| Data dodania do wykazu Data wykreślenia z wykazu | 03.02.2022 | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 541 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | "GALEN" J. TALIK, M. STOLARCZYK SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-347, ul. Kapelanka 56 | | |
| telefon/ telefony: identyfikator REGON | 124214053 151496395 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | APTEKA GALEN | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-032, ul. Starowiślna 28 | | |
| telefon/ telefony | 124214063 | | |
| Data dodania do wykazu Data wykreślenia z wykazu | 10.02.2022 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | APTEKA GALEN | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-836, ul. Jerzmanowskiego 38 | | |
| telefon/ telefony | 126590010 | | |
| Data dodania do wykazu Data wykreślenia z wykazu | 14.03.2022 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 542 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | RENI-MED Łąckie Centrum Medyczne Teresa Janczura | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĄCKO, 33-390, Łącko 53 | | |
| telefon/ telefony: identyfikator REGON | 511518485 120916938 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | RENI-MED Łąckie Centrum Medyczne - Poradnia lekarza POZ - Punkt szczepień COVID | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĄCKO, 33-390, Łącko 53 | | |
| telefon/ telefony | 508717626 | | |
| Data dodania do wykazu Data wykreślenia z wykazu | 10.02.2022 | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 543 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Grupa MPS Sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-705, ul. Klimeckiego 1 | | |
| telefon/ telefony: identyfikator REGON | 794616493 123109612 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | DOZ Apteka. Dbam o Zdrowie | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-705, ul. Klimeckiego 1/1.04.B | | |
| telefon/ telefony | 123830181 | | |
| Data dodania do wykazu Data wykreślenia z wykazu | 14.02.2022 | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 544 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Anna Chojnacka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-416, ul. Dobrego Pasterza 67 | | |
| telefon/ telefony: identyfikator REGON | 123793801 369578090 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka HYGIEIA | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KALWARIA ZEBRZYDOWSKA, 34-130, ul. Krakowska 18A | | |
| telefon/ telefony | 334766268 | | |
| Data dodania do wykazu Data wykreślenia z wykazu | 14.02.2022 | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 545 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |

| | | | |
|---|--|---------------------------|--|
| nazwa: | EURO-APTEKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-014, ul. Żytnia 15/14 | | |
| telefon/ telefony: | 228626121 | | |
| identyfikator REGON | 017326493 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Dbam o Zdrowie | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-870, ul. Medveckiego 2 | | 2 |
| telefon/ telefony | 885866709 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.03.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 546 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Anna Pajerska-Podgórska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY TARG, 34-400, ul. Wojska Polskiego 14 | | |
| telefon/ telefony: | 182611750 | | |
| identyfikator REGON | 120520790 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Amika | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIPNICA MAŁA, 34-482, Lipnica Mała 3018 | | 1 |
| telefon/ telefony | 182613859 | | |
| Data dodania do wykazu | 10.03.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 547 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | PROPHARM Balakowska Raniszewska Spółka Jawna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOPOT, 81-824, ul. Armii Krajowej 116/3 | | |
| telefon/ telefony: | 126697720 | | |
| identyfikator REGON | 383594184 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka Gemini | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-334, ul. Komandosów 21 | | 1 |
| telefon/ telefony | 122570161 | | |
| Data dodania do wykazu | 10.03.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 548 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | KRZYSZTOF BELZOWSKI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-571, ul. Mogilska 121G/75 | | |
| telefon/ telefony: | 126544190 | | |
| identyfikator REGON | 356564497 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka CENTRUM | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-619, ul. Turmiejska 73/1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 126544190 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.03.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 549 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | "ELFARM" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Prk. Władysława Beliny-Prażmowskiego 11 | | |
| telefon/ telefony: | 185455555 | | |
| identyfikator REGON | 121361715 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka GEMINI | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Prk. Władysława Beliny-Prażmowskiego 11 | | 2 |
| telefon/ telefony | 185461110 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.05.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 550 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Katarzyna Nakielny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RZĘZAWA, 32-765, ul. Długa 9 | | |
| telefon/ telefony: | 515043293 | | |
| identyfikator REGON | 389394836 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | DOZ Apteka Dbam o Zdrowie | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RZĘZAWA, 32-765, ul. Długa 9 | | 1 |
| telefon/ telefony | 795228099 | | |
| Data dodania do wykazu | 13.06.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 551 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Katarzyna Krusz-Kmieć | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARY SĄCZ 33-340, ul. Węgierska 101 | | |
| telefon/ telefony: | 789222102 | | |
| identyfikator REGON | 365716626 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu * | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Apteka "Centrum Farmaceutyczne" | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARY SĄCZ 33-340, ul. Węgierska 101 | | 1 |
| telefon/ telefony | 789222102 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.06.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19 przez zespoły wyjazdowe szczepiące wyłącznie w miejscu zamieszkania/pobytu pacjenta

COVID-

| | |
|---|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | |
| 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 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: | |
| MAŁOPOLSKA ZACHODNIA Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Centrum Medyczne | 3 |
| Data dodania do wykazu: | 18.02.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu: | 12.07.2021 |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: | |
| KRAKOWSKI OBSZAR METROPOLITALNY Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Centrum | 2 |
| Data dodania do wykazu: | 18.02.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu: | 12.07.2021 |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 (obszar) | liczba zespołów |

| | |
|--|--|
| obszar działania: | |
| SĄDECKI Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Centrum Medyczne | 2 |
| Data dodania do wykazu: | 18.02.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu: | 12.07.2021 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | |
| nazwa: | KRAKOWSKIE POGOTOWIE RATUNKOWE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-530, ul. Św. Łazarza 14 |
| telefon/ telefony: | 124244272 |
| identyfikator REGON | 351564854 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: | |
| KRAKOWSKI OBSZAR MERTOPOLITALNY Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Krakowskie | 1 |
| Data dodania do wykazu: | 18.02.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu: | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | |
| nazwa: | PODHALANSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II W NOWYM TARGU |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY TARG, 34-400, ul. Szpitalna 14 |
| telefon/ telefony: | 182633031 |
| identyfikator REGON | 000308324 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |

| | |
|---|--|
| obszar działania: | |
| PODHALAŃSKI Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Podhalański | 1 |
| Data dodania do wykazu: | 18.02.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu: | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | |
| nazwa: | FORMED SPÓŁKA CYWILNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WADOWICE, 34-100, ul. Krasieńskiego 9A/1 |
| telefon/ telefony: | 531434284 |
| identyfikator REGON | 122937318 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: | |
| TARNOWSKI Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Podhalański | 1 |
| Data dodania do wykazu: | 18.02.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu: | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | |
| nazwa: | VITALIS NOWAK I ZURAKOWSKI SPOŁKA CYWILNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBINIA, 32-540, ul. Kopernika 25 |
| telefon/ telefony: | 326200293 |
| identyfikator REGON | 121378220 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |

| | |
|--|------------|
| obszar działania: | |
| MAŁOPOLSKA ZACHODNIA Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Vitalis Sp.J. - Małopolska Zachodnia | 1 |
| Data dodania do wykazu: | 18.02.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu: | |

Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19 - tymczasowe punkty szczepień

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | |
|--|--|------------------------|
| Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19 | Zaszczepienie osób z przewlekłą niewydolnością nerek w stacji dializ | |
| nazwa: | DIAVERUM POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 04-769, ul. Cylichowska 13/5 | |
| telefon/ telefony: | 225160600 | |
| identyfikator REGON | 140878910 | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów |
| nazwa: | STACJA DIALIZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-908, os. Młodości 11 | |
| telefon/ telefony | 126866077 | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | |
| Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19 | Zaszczepienie osób z przewlekłą niewydolnością nerek w stacji dializ | |
| nazwa: | FRESENIUS NEPHROCARE POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań, 60-118, ul. Krzywa 13 | |
| telefon/ telefony: | 61 83 92 662 | |
| identyfikator REGON | 634254014 | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów |
| nazwa: | STACJA DIALIZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1 | |
| telefon/ telefony | 146410050 | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | liczba zespołów |
| nazwa: | STACJA DIALIZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorlice, 38-300, ul. Węgierska 21 | |
| telefon/ telefony | 183513686 | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | liczba zespołów |
| nazwa: | STACJA DIALIZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-826, os. Złotej Jesieni 1 | |
| telefon/ telefony | 126424900 | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | liczba zespołów |
| nazwa: | STACJA DIALIZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Limanowa, 34-600, ul. Piłsudskiego 61 | |
| telefon/ telefony | 183301990 | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | liczba zespołów |
| nazwa: | STACJA DIALIZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Myślenice, 32-400, ul. Szpitalna 2 | |
| telefon/ telefony | 123728040 | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | liczba zespołów |
| nazwa: | STACJA DIALIZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Sącz, 33-300, ul. Młyńska 5 | |
| telefon/ telefony | 184156059 | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 | | liczba zespołów |
| nazwa: | STACJA DIALIZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Targ, 34-400, ul. Szpitalna 14 | |
| telefon/ telefony | 182611782 | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 | | liczba zespołów |

| | | |
|--|--|------------------------|
| nazwa: | STACJA DIALIZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oświęcim, 32-600, ul. Chemików 5 | |
| telefon/ telefony | 33 842 96 00 | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 | | liczba zespołów |
| nazwa: | STACJA DIALIZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Proszowice, 32-100, ul. Szpitalna 9 | |
| telefon/ telefony | 781444105 | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | |
| Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19 | Zaszczepienie osób z przewlekłą niewydolnością nerek w stacji dializ | |
| nazwa: | DAVITA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław, 54-202, ul. Legnicka 48 BUD F | |
| telefon/ telefony: | 71 342 98 50 | |
| identyfikator REGON | 145884498 | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów |
| nazwa: | STACJA DIALIZ BRZESKO | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzesko, 32-800, ul. TADEUSZA KOŚCIUSZKI 33 | |
| telefon/ telefony | 146347244 | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | liczba zespołów |
| nazwa: | STACJA DIALIZ ZAKOPANE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zakopane, 34-500, ul. Oswalda Balzera 15 | |
| telefon/ telefony | 185310030 | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | liczba zespołów |
| nazwa: | STACJA DIALIZ WADOWICE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wadowice, 34-100, ul. Słowackiego 9 | |
| telefon/ telefony | 334721058 | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | liczba zespołów |
| nazwa: | STACJA DIALIZ OLKUSZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olkusz, 32-300, ul. Stefana Buchowieckiego 15a | |
| telefon/ telefony | 326614930 | |
| Data dodania do wykazu | 12.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | |
| Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19 | Zaszczepienie osób z chorobami onkologicznymi | |
| nazwa: | NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa, 02-781, ul. Wihelma Konrada Roentgena 5 | |
| telefon/ telefony: | 225462214 | |
| identyfikator REGON | 000288366 | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów |
| nazwa: | NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-115, ul. Garncarska 11 | |
| telefon/ telefony | 126 348 000 | |
| Data dodania do wykazu | 12.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | |
| Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19 | Zaszczepienie służb mundurowych | |
| nazwa: | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa, 02-652, ul. Samochodowa 5 | |
| telefon/ telefony: | 225856265 | |
| identyfikator REGON | 146394164 | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów |
| nazwa: | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-571, ul. Mogińska 109 | |
| telefon/ telefony | 122 543 315 | |
| Data dodania do wykazu | 26.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | |
|--|---|------------------------|
| Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19 | Zaszczepienie służb mundurowych | |
| nazwa: | KARPACKI ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ Z SIEDZIBĄ W NOWYM SĄCZU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Sącz, 33-300, ul. Strzelców Podhalańskich 5 | |
| telefon/ telefony: | 184153002 | |
| identyfikator REGON | 364454414 | |
| | Miejsce udzielania świadczeń 1 | liczba zespołów |
| nazwa: | Służba Zdrowia Karpackiego Oddziału SG w Nowym Sączu | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Sącz, 33-300, ul. Strzelców Podhalańskich 5 | |
| telefon/ telefony | 18 415 30 67 | |
| Data dodania do wykazu | 29.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|----------------------------------|---|--|---|---|
| <p>nazwa: Śląskie Centrum Rehabilitacyjno - Uzdrowiskowe im. dr Adama Szebesty w Rabce Zdroju Sp. z o.o.</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Rabka-Zdrój, 34-700, ul. Dietla 5</p> <p>telefon/ telefony: +48 18 267 63 00</p> <p>identyfikator REGON: 000297951</p> | | | | | |
| <p>Miejsce udzielenia świadczeń 1</p> <p>nazwa: Śląskie Centrum Rehabilitacyjno - Uzdrowiskowe im. dr Adama Szebesty w Rabce Zdroju Sp. z o.o.</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Rabka-Zdrój, 34-700, ul. Dietla 5</p> <p>telefon/ telefony: +48 18 267 63 00</p> <p>Data dodania do wykazu: 30.06.2022</p> <p>Data wykreślenia z wykazu:</p> | | x | | | |
| <p>Miejsce udzielenia świadczeń 2</p> <p>nazwa: Śląskie Centrum Rehabilitacyjno - Uzdrowiskowe im. dr Adama Szebesty w Rabce Zdroju Sp. z o.o. Oddział B - Leczenie uzdrowiskowe szpitalne i sanatoryjne dzieci</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Rabka-Zdrój, 34-700, ul. Dietla 5</p> <p>telefon/ telefony: 48 18 2676149</p> <p>Data dodania do wykazu: 01.07.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022</p> | x | | | | |
| <p>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</p> <p>nazwa: Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr S. Jasińskiego w Zakopanem</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Zakopane, 34-500, ul. Ciepłowska 9</p> <p>telefon/ telefony: +48 18 206 80 66</p> <p>identyfikator REGON: 000255449</p> | | | | | |
| <p>Miejsce udzielenia świadczeń 1</p> <p>nazwa: Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr S. Jasińskiego w Zakopanem</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Zakopane, 34-500, ul. Ciepłowska 9</p> <p>telefon/ telefony: (18) 206 80 66 / (18) 202 68 45</p> <p>Data dodania do wykazu: 20.04.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022</p> | | x | x | | |
| <p>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</p> <p>nazwa: Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym w Stróżach</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Stróże, 33-331, Stróże 412</p> <p>telefon/ telefony: +48 18 445 43 41</p> <p>identyfikator REGON: 491860140</p> | | | | | |
| <p>Miejsce udzielenia świadczeń 1</p> <p>nazwa: Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym w Stróżach</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Stróże, 33-331, Stróże 735</p> <p>telefon/ telefony: +48 18 445 43 41</p> <p>Data dodania do wykazu: 20.04.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022</p> | | x | | | |
| <p>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</p> <p>nazwa: Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Franczuka</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Kraków, 30-224, al. Modrzewiowa 22</p> <p>telefon/ telefony: 12 44 67 816</p> <p>identyfikator REGON: 351394736</p> | | | | | |
| <p>Miejsce udzielenia świadczeń 1</p> <p>nazwa: Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Franczuka</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Kraków, 30-224, al. Modrzewiowa 22</p> <p>telefon/ telefony: 12 44 67 816</p> <p>Data dodania do wykazu: 20.04.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022</p> | | x | | | |
| <p>Miejsce udzielenia świadczeń 2</p> <p>nazwa: MAŁOPOLSKI SZPITAL ORTOPEDYCZNO-REHABILITACYJNY IM. PROF. BOGUSŁAWA FRANCUKA</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Kraków / 30-213 / ul. Emaus 18</p> <p>telefon/ telefony: +48 12 428 73 04</p> <p>Data dodania do wykazu: 14.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022</p> | | | x | | |
| <p>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</p> <p>nazwa: Szpital Powiatowy w Chrzanowie</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Chrzanów, 32-500, ul. Topolowa 16,</p> <p>telefon/ telefony: +48 93 624 70 00</p> <p>identyfikator REGON: 000310108</p> | | | | | |
| <p>Miejsce udzielenia świadczeń 1</p> <p>nazwa: Szpital Powiatowy w Chrzanowie</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Chrzanów, 32-500, ul. Topolowa 16,</p> <p>telefon/ telefony: 48 93 624 74 75</p> <p>Data dodania do wykazu: 20.04.2021 (eksternistycznie) 14.05.2021 (ambulatoryjnie)</p> <p>Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022</p> | | x | x | | |
| <p>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</p> <p>nazwa: "Uzdrowisko Rabka" Spółka Akcyjna</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Rabka-Zdrój, 34-700, ul. Orkana 45,</p> <p>telefon/ telefony: +48 18 267 60 20</p> <p>identyfikator REGON: 491971074</p> | | | | | |
| <p>Miejsce udzielenia świadczeń 1</p> <p>nazwa: "Uzdrowisko Rabka" Spółka Akcyjna</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Rabka-Zdrój, 34-700, ul. Jordana 2,</p> <p>telefon/ telefony: +48 18 267 60 20</p> <p>Data dodania do wykazu: 20.04.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022</p> | | x | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|---|---|--|--|
| Miejsce udzielenia świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowskiego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | UZDROWISKO RABKA SPÓŁKA AKCYJNA Oddział chorób układu oddechowego i krążenia ("Rabczański Źródły") Oddział uzdrowskiwowy sanatoryjny | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 34-700 Rabka-Źródły ul. Roztoki 7 | X | | | | |
| telefon/ telefony | 18 267 72 46 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 3 | | zakład lecznictwa uzdrowskiego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | UZDROWISKO RABKA SPÓŁKA AKCYJNA Oddział chorób układu oddechowego i krążenia ("Olszówka" Pawilon A), Oddział uzdrowskiwowy sanatoryjny | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 34-700 Rabka-Źródły ul. Słowackiego 8 | X | | | | |
| telefon/ telefony | 18 267 72 46 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 4 | | zakład lecznictwa uzdrowskiego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | UZDROWISKO RABKA SPÓŁKA AKCYJNA Oddział ogólny Oddział uzdrowskiwowy szpitalny dla dzieci ("Olszówka") | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 34-700 Rabka-Źródły ul. Słowackiego 8 | X | | | | |
| telefon/ telefony | 18 267 72 46 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 5 | | zakład lecznictwa uzdrowskiego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | UZDROWISKO RABKA SPÓŁKA AKCYJNA Oddział Kardiologiczny Uzdrowskiwowy Oddział uzdrowskiwowy szpitalny | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 34-700 Rabka-Źródły ul. Jordana 2 | X | | | | |
| telefon/ telefony | 18 267 72 46 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 6 | | zakład lecznictwa uzdrowskiego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | UZDROWISKO RABKA SPÓŁKA AKCYJNA | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rabka-Źródły, 34-700, ul. Dzikana 49. | | | X | | |
| telefon/ telefony | 18 267 72 46 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.06.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | zakład lecznictwa uzdrowskiego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | NZO2 RehStab | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Limanowa, 34-600, ul. Józefa Piłsudskiego 61 | | | | | |
| telefon/ telefony | +48 18 471 35 95 | | | | | |
| Identyfikator REGON | 491872136 | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowskiego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | NZO2 RehStab | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Limanowa, 34-600, ul. Józefa Piłsudskiego 53. | | X | | | |
| telefon/ telefony | +48 18 471 35 95 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | zakład lecznictwa uzdrowskiego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Ośrodek Rehabilitacji Narządu Ruchu "Krzyszowice" SPZOZ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krzyszowice, 32-065, ul. I. Dąbyskiego 1 | | | | | |
| telefon/ telefony | +48 12 28 20 022 | | | | | |
| Identyfikator REGON | 357001394 | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowskiego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Ośrodek Rehabilitacji Narządu Ruchu "Krzyszowice" SPZOZ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krzyszowice, 32-065, ul. I. Dąbyskiego 1 | | X | | | |
| telefon/ telefony | +48 12 28 20 022 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | zakład lecznictwa uzdrowskiego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im.św. Ludwika w Krakowie | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-503 KRAKÓW, ul. Strzelecka 2 | | | | | |
| telefon/ telefony | +48 12 619 86 00 | | | | | |
| Identyfikator REGON | 298983 | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowskiego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im.św. Ludwika w Krakowie | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radziszów, 32-052 Radziszów, ul. Podlesie 473 | | X | | | |
| telefon/ telefony | +48 12 619 86 00 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | zakład lecznictwa uzdrowskiego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. E. SZCZERLIKI W TARNOWIE | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów, 33-100 Tarnów, ul. Szpitalna 13 | | | | | |
| telefon/ telefony | +48 14 631 01 00 | | | | | |
| Identyfikator REGON | 313408 | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowskiego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. E. SZCZERLIKI W TARNOWIE | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów, 33-100 Tarnów, ul. Szpitalna 13 | | X | | | |
| telefon/ telefony | +48 14 631 01 00 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | zakład lecznictwa uzdrowskiego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ALFA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krynica - Źródły, 33-380 Krynica-Źródły, ul. Władysława Reymonta 21. | | | | | |
| telefon/ telefony | 098 425 726 | | | | | |
| Identyfikator REGON | 120540456 | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|----------------------------------|---|--|---|---|
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | <p>ALFA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Krynica - Zdrój, 33-380 Krynica-Zdrój, ul. Władysława Reymonta 21.</p> <p>telefon/ telefony 696 435 726.</p> <p>Data dodania do wykazu 20.04.2021 (stacjonarna) 14.05.2021 (ambulatoryjna oraz domowa)</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 30.06.2022</p> | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | <p>"UZDROWISKO KRYNICA-ZEGIESTÓW" SPÓŁKA AKCYNA</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu 33-380 KRYNICA-ZDRÓJ, Aleja Inż. Nowotarskiego 9/4, 33-380 KRYNICA-ZDRÓJ</p> <p>telefon/ telefony 18 471 23 95</p> <p>Identyfikator REGON 491900275</p> | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | <p>"UZDROWISKO KRYNICA-ZEGIESTÓW" SPÓŁKA AKCYNA - Sanatorium Uzdrowiskowe Stary Dom Zdrojowy Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu 33-380 KRYNICA-ZDRÓJ, Aleja Inż. Nowotarskiego 9/4, 33-380 KRYNICA-ZDRÓJ</p> <p>telefon/ telefony 18 471 23 95</p> <p>Data dodania do wykazu 20.04.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 27.04.2021</p> | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | <p>SANATORIUM UZDROWISKOWE "DZWONKÓWKA" SPÓŁDZIELNIA PRACY W SZCZAWNICY</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu 34-450 Szczawnica, ul. Poloniny 14a.</p> <p>telefon/ telefony 18 262 20 98</p> <p>Identyfikator REGON 004419003</p> | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | <p>SANATORIUM UZDROWISKOWE "DZWONKÓWKA" SPÓŁDZIELNIA PRACY Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu 34-450 Szczawnica, ul. Poloniny 14a.</p> <p>telefon/ telefony 18 262 20 98</p> <p>Data dodania do wykazu 20.04.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 30.06.2022</p> | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | <p>Instytut Zdrowia Człowieka Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu 00-526 WARSZAWA, ul. Krucza 16/22.</p> <p>telefon/ telefony 18 473 42 95</p> <p>Identyfikator REGON 491880520</p> | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | <p>NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MUSZYNA" CENTRUM REHABILITACJI I PROFILAKTYKI SANATORIUM UZDROWISKOWE "WYSOWA" Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu 38-316 Wysowa Zdrój, Wysowa zdrój 95</p> <p>telefon/ telefony 18 353 23 36</p> <p>Data dodania do wykazu 20.04.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 30.06.2022</p> | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| Miejsce udzielenia świadczeń 2 | <p>NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MUSZYNA" CENTRUM REHABILITACJI I PROFILAKTYKI SANATORIUM UZDROWISKOWE "MUSZYNA" Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu 38-370 Muszyna, ul. Miścowejwskiego 1</p> <p>telefon/ telefony 18 471 42 05</p> <p>Data dodania do wykazu 01.01.2022</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 30.06.2022</p> | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | <p>UZDROWISKO SZCZAWNICA SPÓŁKA AKCYNA</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu 34-460 Szczawnica, ul. Zdrojowa 26.</p> <p>telefon/ telefony 18 262 22 11</p> <p>Identyfikator REGON 000788219</p> | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | <p>UZDROWISKO SZCZAWNICA SPÓŁKA AKCYNA Sanatorium uzdrowiskowe "inhalatorium" Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu 34-460 Szczawnica, ul. Park Górný 2</p> <p>telefon/ telefony 18 262 22 11</p> <p>Data dodania do wykazu 20.04.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 30.06.2022</p> | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | <p>UZDROWISKO WYSOWA SPÓŁKA AKCYNA</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu 38-316 Wysowa, Wysowa 149.</p> <p>telefon/ telefony 18 353 24 00</p> <p>Identyfikator REGON 000299140</p> | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | <p>UZDROWISKO WYSOWA SPÓŁKA AKCYNA Oddział Uzdrowiskowy Sanatoryjny A "Białena"</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu 38-316 Wysowa, Wysowa 107</p> <p>telefon/ telefony 18 353 24 00</p> <p>Data dodania do wykazu 20.04.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 30.06.2022</p> | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | <p>Adam Wolfram</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu 34-460 Szczawnica - ul. Zdrojowa 4.</p> <p>telefon/ telefony 18 262 24 11</p> <p>Identyfikator REGON 490546430</p> | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | <p>CENTRUM WZIASOWO-LECZNICZE SOLAR SPA SANATORIUM UZDROWISKOWE NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Adam Wolfram Sanatorium Uzdrowiskowe Budynek "Jula" Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu 34-460 Szczawnica - ul. Zdrojowa 6</p> | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |

| | | | | | | |
|---|--|----------------------------------|---|--|---|---|
| telefon/ telefony | 18 262 24 11 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | CENTRUM WICZASOWO-LECZNICZE SOLAR SPA SANATORIUM UZDROWISKOWE NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Adam Wolfram Sanatorium Uzdrowiskowe Budynek "Sybilla" Oddział uzdrowiskowy sanatornyj | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 34-460 Szczawnica , ul. Zdrojowa 3 | | | | | |
| telefon/ telefony | 18 262 24 11 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | CENTRUM WICZASOWO-LECZNICZE SOLAR SPA SANATORIUM UZDROWISKOWE NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Adam Wolfram Sanatorium Uzdrowiskowe Budynek "Adria" dla dzieci Oddział uzdrowiskowy sanatornyj dla dzieci | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 34-460 Szczawnica , ul. Zdrojowa 10 | | | | | |
| telefon/ telefony | 18 262 24 11 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | PRZEDSIĘBIORSTWO ROBÓT BUDOWLANYCH I TRANSPORTOWYCH "CECHINI" STANISŁAW I JÓZEF CECHINI- SPÓŁKA JAWNA | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 33-380 Krynica-Zdrój ul. Kazimierza Pułaskiego 29, | | | | | |
| telefon/ telefony: | 18 471 72 68 | | | | | |
| identyfikator REGON | 004421045 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | PRBIT CECHINI STANISŁAW I JÓZEF CECHINI SP.J. NZOZ SANATORIUM UZDROWISKOWE Oddział uzdrowiskowy sanatornyj | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 33-370 Zopietów Zdrój Łopata Polska 24 | | | | | |
| telefon/ telefony | 18 471 72 68 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ZAKŁAD USŁUG LECZNICZO-WYPOCZYNKOWYCH "PZL-MIELEC" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 33-380 Krynica-Zdrój, ul. Kazimierza Pułaskiego 73, | | | | | |
| telefon/ telefony: | 18 471 34 59 | | | | | |
| identyfikator REGON | 49053337 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ZAKŁAD USŁUG LECZNICZO-WYPOCZYNKOWYCH "PZL-MIELEC" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ Oddział Uzdrowiskowy Sanatornyj ("BESKID") | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 33-380 Krynica-Zdrój, ul. Piękna 17 | | | | | |
| telefon/ telefony | 18 471 34 59 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SANATORIUM UZDROWISKOWE "LEŚNIK-DRZEWIARZ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 33-380 Krynica-Zdrój, ul. Podgórna 1, 3 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 18 471-28-61 | | | | | |
| identyfikator REGON | 122586592 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SANATORIUM UZDROWISKOWE "LEŚNIK-DRZEWIARZ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ Sanatorium Uzdrowiskowe Oddział uzdrowiskowy sanatornyj | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 33-380 Krynica-Zdrój, ul. Podgórna 1, 3 | | | | | |
| telefon/ telefony | 18 471-28-61 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SANATORIUM CEGIELSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 34-700 Raibka, ul. Na Banię 42, | | | | | |
| telefon/ telefony: | 18 267 72 60 | | | | | |
| identyfikator REGON | 36272575 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SANATORIUM CEGIELSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ Sanatorium uzdrowiskowe Oddział uzdrowiskowy sanatornyj | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 34-700 Raibka, ul. Na Banię 42, | | | | | |
| telefon/ telefony | 18 267 72 60 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 21.07.2021 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | MAŁOPOLSKI SZPITAL CHOROŃB PŁUCI I REHABILITACJI IM. EDMUNDA WOJTYŁY W JAROSZOWCU | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 32-310 Jarosławiec, ul. Kolejowa 1a, | | | | | |
| telefon/ telefony: | 32 642 80 31 | | | | | |
| identyfikator REGON | 294214 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | MAŁOPOLSKI SZPITAL CHOROŃB PŁUCI I REHABILITACJI IM. EDMUNDA WOJTYŁY W JAROSZOWCU | | X | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 32-310 Jarosławiec, ul. Kolejowa 1a, | | | | | |
| telefon/ telefony | 32 642 80 31 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 26.04.2021 (stacjonarna) 14.05.2021 (ambulatoryjna) | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Związek Nauczycielstwa Polskiego | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 00-389 Warszawa, Juliana Smulikowskiego 6/8 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 18 262 24 67, 18 262 20 04 | | | | | |
| identyfikator REGON | 001081029 | | | | | |

| | | | | | |
|--|----------------------------------|---|--|---|---|
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SANATORIUM UZDROWISKOWE</p> <p>adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu 34-460 Szczawinka, ul. Poloniny 14</p> <p>telefon/ telefony 18 262 24 67, 18 262 20 04</p> <p>Data dodania do wykazu 07.05.2021 r.</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 30.06.2022</p> | X | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: HANDLOWO-USŁUGOWA SPÓŁDZIELNIA OSÓB PRAWNYCH "SAMOPOMÓC</p> <p>adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu 06-536 Warszawa, ul. Mikulajka Krzemika 30</p> <p>telefon/ telefony 22 826 50 24</p> <p>Identyfikator REGON 140913628</p> | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: HANDLOWO-USŁUGOWA SPÓŁDZIELNIA OSÓB PRAWNYCH "SAMOPOMÓC CHŁOPSKA" W WARSZAWIE O/ODDZIAŁ W PIWNICZNEJ ŹRÓDŁU SANATORIUM UZDROWISKOWE "LIMBA"</p> <p>Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny</p> <p>adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu 33-350 Piwniczna Zdrój, ul. Krynicka 3</p> <p>telefon/ telefony 18 446 42 23</p> <p>Data dodania do wykazu 07.05.2021 r.</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 30.06.2022</p> | X | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: 5 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SZPÓZ W KRAKOWIE</p> <p>adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu ul. Wrocławska 1-3; 30-901 Kraków</p> <p>telefon/ telefony 12 630 80 75-12 630 80 02</p> <p>Identyfikator REGON 351506868</p> | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: 5 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SZPÓZ W KRAKOWIE</p> <p>adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu ul. Wrocławska 1-3; 30-901 Kraków</p> <p>telefon/ telefony 12 63 08 209 -rehabilitacja stacjonarna / 12 63 08 285 - fizjoterapia ambulatoryjna</p> <p>Data dodania do wykazu 07.05.2021 (stacjonarna) 14.05.2021 (ambulatoryjna)</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 30.06.2022</p> | | X | X | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</p> <p>adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu Tychy / 43-100 / Alfonsa Żarzebnika 22</p> <p>telefon/ telefony 4323250152</p> <p>Identyfikator REGON 24627506</p> | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</p> <p>adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu Skawina / 32-050 / ul. Nieszpolskiego 12</p> <p>telefon/ telefony +48 32 329 61 52</p> <p>Data dodania do wykazu 10.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 10.01.2022</p> | | | | X | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</p> <p>adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu Dąbrowa Tarnowska / 33-200 / ul. Oleśnicka 3</p> <p>telefon/ telefony +48 32 329 61 52</p> <p>Data dodania do wykazu 10.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 10.01.2022</p> | | | | X | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</p> <p>adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu Proszowice /32-100 /ul. 3 Maja 51</p> <p>telefon/ telefony +48 32 329 61 52</p> <p>Data dodania do wykazu 10.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 10.01.2022</p> | | | | X | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</p> <p>adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu Kraków/ 30-363 / ul. Tadeusza Szafrana 50/25</p> <p>telefon/ telefony +48 32 329 61 52</p> <p>Data dodania do wykazu 14.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 10.01.2022</p> | | | | X | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</p> <p>adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu Wieliczka / 32-020/ ul. Brata Alojzego Koszby 5/4-5</p> <p>telefon/ telefony +48 32 329 61 52</p> <p>Data dodania do wykazu 14.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 10.01.2022</p> | | | | X | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</p> <p>adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu Zakrzewów / 32-080/ ul. Kołomyjska 30A</p> <p>telefon/ telefony +48 32 329 61 52</p> <p>Data dodania do wykazu 14.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 10.01.2022</p> | | | | X | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</p> <p>adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu Wądrowek / 34-100 / ul. Śienkiewicza 27</p> <p>telefon/ telefony +48 32 329 61 52</p> <p>Data dodania do wykazu 14.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 10.01.2022</p> | | | | X | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: "RENOVO" s.c.</p> <p>adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu Tokarnia / 32-436 / Tokarnia 400</p> <p>telefon/ telefony +48 12 274 71 11</p> <p>Identyfikator REGON 120986079</p> | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: "RENOVO" s.c.</p> <p>adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu Naprawa / 32-240 / Naprawa 477</p> <p>telefon/ telefony 48 12 274 71 11</p> <p>Data dodania do wykazu 10.05.2021</p> | | | | X | |

| | | | | | | |
|---|--|----------------------------------|---|--|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | "RENOVO" s.c. | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tokarnia / 32-436 / Tokarnia 400 | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 12 274 71 11 | | | x | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Maszków / 32-095 / ul. Księżka 49 | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 13 884 512 | | | | | |
| Identyfikator REGON | 356352602 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Maszków / 32-095 / Maszków 99 | | | | | |
| telefon/ telefony | +48 12 288 45 12 | | | x | x | |
| Data dodania do wykazu | 10.05.2021 (domowa), 1.06.2021 (ambulatoryjna) | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | FIZIOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skrzydlna / 34-625 / Skrzydlna 287 | | | | | |
| telefon/ telefony | +48 18 333 15 52 | | | | | |
| Identyfikator REGON | 737198700 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | FIZIOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Witowska / 32-412 / Witowska 317 A | | | | | |
| telefon/ telefony | 12 274 002 | | | x | x | |
| Data dodania do wykazu | 10.05.2021 (domowa), 14.05.2021 (ambulatoryjna) | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | FIZIOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skrzydlna / 34-625 / Skrzydlna 287 | | | | | |
| telefon/ telefony | 18 333 552 | | | x | x | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | FIZIOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Wisniew / 32-720 / ul. Bolesława Chrobrego 2 | | | | | |
| telefon/ telefony | 694 084 052 | | | | x | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 30-663 / Wielicka 265 | | | | | |
| telefon/ telefony | (012)658 20 11 | | | | | |
| Identyfikator REGON | 351375886 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 30-663 / Wielicka 265 | | | | | |
| telefon/ telefony | (012)658 20 11 | | | x | | |
| Data dodania do wykazu | 10.05.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE UJASTEK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 31-752 / Ujastek 3 | | | | | |
| telefon/ telefony | (012)683 38 00 | | | | | |
| Identyfikator REGON | 350887420 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE UJASTEK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 31-752 / Ujastek 3 | | | | | |
| telefon/ telefony | (012)683 38 00 | | | x | | |
| Data dodania do wykazu | 10.05.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej REHA ORTOPEDICA | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mysłowice / 32-400 / ul. Kazimierza Wielkiego 5B | | | | | |
| telefon/ telefony | 48502479949 | | | | | |
| Identyfikator REGON | 120988116 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej REHA ORTOPEDICA | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mysłowice / 32-400 / ul. os. Tyświecica 6A/1 | | | | | |
| telefon/ telefony | 48502479949 | | | x | | |
| Data dodania do wykazu | 10.05.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | NOWA REHABILITACJA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 30-389 / Polarna 10 | | | | | |
| telefon/ telefony | +48 783 444 444 | | | | | |
| Identyfikator REGON | 340692331 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | NOWA REHABILITACJA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skawina / 32-050 / ul. o. Adama F. Studzińskiego 3 | | | | | |
| telefon/ telefony | +48 783 444 444 | | | x | | |

| | | | | | | |
|---|---|----------------------------------|---|--|---|---|
| Data dodania do wykazu | 10.05.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | NOWA REHABILITACJA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 30-389 / ul. Komuna Paraski 24 | | | | | |
| telefon/ telefony | +48 783 444 444 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | X | X | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | NOWA REHABILITACJA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Neopotemice / 33-005 / ul. Na Tamie 29 | | | | | |
| telefon/ telefony | +48 783 444 444 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | X | X | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | NOWA REHABILITACJA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Cennikowów / 33-070 / ul. Przemysłowa 7 | | | | | |
| telefon/ telefony | +48 783 444 444 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | X | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Małopolskie Centrum Krioterapii - Zakład Rehabilitacji Wodna Machnik Spółka Jawna | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krakowska 74, 33-089 Wielka Wieś | | | | | |
| telefon/ telefony | +48 12 630 82 82 | | | | | |
| identyfikator REGON | 352202721 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Małopolskie Centrum Krioterapii - Zakład Rehabilitacji Wodna Machnik Spółka Jawna | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 30-901 / ul. Wroclawska 1-3 | | | | | |
| telefon/ telefony | +48 12 630 82 82 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 10.05.2021 | | | X | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | FUNDACJA PRO VITA ET SPE | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 31-039 / ul. Józefa Dietla 64, | | | | | |
| telefon/ telefony | 0121421 99 62 | | | | | |
| identyfikator REGON | 356321688 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | FUNDACJA PRO VITA ET SPE | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 31-039 / ul. Józefa Dietla 64, | | | | | |
| telefon/ telefony | 0121421 99 62 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 10.05.2021 | | | X | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Centrum Medycyny Profilaktycznej Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 30-106 / Komorowskiego 12 | | | | | |
| telefon/ telefony | 0121421 34 55 | | | | | |
| identyfikator REGON | 356537106 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Centrum Medycyny Profilaktycznej Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków / 30-106 / Komorowskiego 12 | | | | | |
| telefon/ telefony | 0121421 34 55 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 10.05.2021 | | | X | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM HENRYKA KLIMONTOWICZA W GORLICACH | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorlice / 38-300 / Węglerska 21 | | | | | |
| telefon/ telefony | 0181355 32 00 | | | | | |
| identyfikator REGON | 000308614 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM HENRYKA KLIMONTOWICZA W GORLICACH | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorlice / 38-300 / Węglerska 21 | | | | | |
| telefon/ telefony | 0181355 32 00 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 10.05.2021 | | | X | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | NZOZ Centrum Rehabilitacji "NEUROKINEZIS" s.c. | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wielowiejskiego 28, 33-300 Nowy Sącz | | | | | |
| telefon/ telefony | 0181440 74 84 | | | | | |
| identyfikator REGON | 49292270 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | NZOZ Centrum Rehabilitacji "NEUROKINEZIS" s.c. | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Sącz / 33-300 / ul. 1 Brygady 4 | | | | | |
| telefon/ telefony | 0181440 74 84 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 10.05.2021 | | | X | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | HANDLOWO-USŁUGOWA SPÓŁDZIELNIA OSÓB PRAWNYCH "SAMOPOMOC CHŁOPIŃSKA" W WARSZAWIE | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 00-336 Warszawa, ul. Mikołaja Kopernika 30 | | | | | |
| telefon/ telefony | 18 471 56 27 | | | | | |
| identyfikator REGON | 140913628 | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|--|----------------------------------|--|--|---|---|
| <p>nazwa: HANDLOWO-USŁUGOWA SPOŁECZNA OSÓB PRAWNYCH "SAMOPOMOC CHŁOPSKA" W WARSZAWIE G/ODDZIAŁ W KRYNICY ZDRÓJU SANATORIUM UZDROWISKOWE "WATRA"</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu 35-380 Krzywiec 209p, ul. Piłsudskiego 19</p> <p>telefon/ telefony 18 471 56 27</p> <p>Data dodania do wykazu 14.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 30.06.2022</p> | X | | | | |
| <p>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40</p> <p>nazwa: ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W WĄDOWICACH</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Wądowice / 34-100 / ul. Karmelička 5</p> <p>telefon/ telefony 33 87 21 200 wew.423</p> <p>identyfikator REGON 000305466</p> | | | | | |
| <p>Miejsce udzielania świadczeń 1</p> <p>nazwa: ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W WĄDOWICACH</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Wądowice / 34-100 / ul. Karmelička 7b</p> <p>telefon/ telefony 33 87 21 200 wew.423</p> <p>Data dodania do wykazu 14.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 30.06.2022</p> | | | X | | |
| <p>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41</p> <p>nazwa: SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKALE</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Skala / 32-043 / Słomnicka 69</p> <p>telefon/ telefony 0121389 10 05</p> <p>identyfikator REGON</p> | | | | | |
| <p>Miejsce udzielania świadczeń 1</p> <p>nazwa: SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKALE</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Skala / 32-043 / ul. Krakowska 38</p> <p>telefon/ telefony 0121389 10 05</p> <p>Data dodania do wykazu 14.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 30.06.2022</p> | | | X | | |
| <p>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42</p> <p>nazwa: JARMIX SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Michów / 33-200 / Piłsudskiego 12</p> <p>telefon/ telefony 041383 33 22</p> <p>identyfikator REGON 29065508</p> | | | | | |
| <p>Miejsce udzielania świadczeń 1</p> <p>nazwa: JARMIX SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Michów / 33-200 / Piłsudskiego 23</p> <p>telefon/ telefony 510 018 884</p> <p>Data dodania do wykazu 14.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 30.06.2022</p> | | | X | | |
| <p>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43</p> <p>nazwa: SPECJALMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Dobryczew / 32-410 / Żarabie 35c</p> <p>telefon/ telefony +48 12 273 62 62</p> <p>identyfikator REGON 120778092</p> | | | | | |
| <p>Miejsce udzielania świadczeń 1</p> <p>nazwa: SPECJALMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Kańka Mała / 34-734 / Kańka Mała 822</p> <p>telefon/ telefony 12710943</p> <p>Data dodania do wykazu 14.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 30.06.2022</p> | | | X | | |
| <p>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44</p> <p>nazwa: Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Kraków / 31-826 / Osiedle Złotej Jesieni 1</p> <p>telefon/ telefony 0121646 85 02</p> <p>identyfikator REGON</p> | | | | | |
| <p>Miejsce udzielania świadczeń 1</p> <p>nazwa: Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Kraków / 31-826 / Osiedle Złotej Jesieni 1</p> <p>telefon/ telefony 0121646 85 02</p> <p>Data dodania do wykazu 14.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 30.06.2022</p> | | | X | X | |
| <p>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45</p> <p>nazwa: NZOZ NEUROMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Andrychów / 34-120 / Krakowska 140a</p> <p>telefon/ telefony 48338753230 wew.24</p> <p>identyfikator REGON</p> | | | | | |
| <p>Miejsce udzielania świadczeń 1</p> <p>nazwa: NZOZ NEUROMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Andrychów / 34-120 / Krakowska 140a</p> <p>telefon/ telefony 48 513 685 231 / +48 338 753 230 wew.24</p> <p>Data dodania do wykazu 14.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 30.06.2022</p> | | | X | | |
| <p>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46</p> <p>nazwa: NZOZ REHA-MED</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Andrychów / 34-120 / Krakowska 91</p> <p>telefon/ telefony 33/875 80 80</p> <p>identyfikator REGON 356786996</p> | | | | | |
| <p>Miejsce udzielania świadczeń 1</p> <p>nazwa: NZOZ REHA-MED</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Andrychów / 34-120 / Krakowska 91</p> <p>telefon/ telefony 33/875 80 80</p> <p>Data dodania do wykazu 14.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 30.06.2022</p> | | | X | | |

| | | | | | |
|--|----------------------------------|---|--|---|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: NOWOHUCKI OŚRODEK REHABILITACJI NOR-MED</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Kraków / 31-831 / Cienista 33</p> <p>telefon/ telefony: +48 690 966 603</p> <p>identyfikator REGON: 113171889</p> | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: NOWOHUCKI OŚRODEK REHABILITACJI NOR-MED</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Kraków / 31-952 / os. Uroczę 7</p> <p>telefon/ telefony: +48 690 966 603</p> <p>Data dodania do wykazu: 14.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022</p> | | | x | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: NOWOHUCKI OŚRODEK REHABILITACJI NOR-MED</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Suflikowice / 32-440 / ul. Sikolna 9</p> <p>telefon/ telefony: +48 690 966 603</p> <p>Data dodania do wykazu: 14.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022</p> | | | x | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: NZOZ WOIJSREHA</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Wojkowska / 32-862 / Wojkowska 243</p> <p>telefon/ telefony: +48 693 605 844</p> <p>identyfikator REGON: 852744672</p> | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: NZOZ WOIJSREHA</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Wlkowa / 32-861 / ul. Wlkowa 458</p> <p>telefon/ telefony: 48 781 159 444</p> <p>Data dodania do wykazu: 14.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022</p> | | | x | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: VITALIS NOWAK I ZURAKOWSKI SPÓŁKA JAWNA</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Trzebinia / 32-540 / Kopernika 25</p> <p>telefon/ telefony: +48 32 620 02 93</p> <p>identyfikator REGON:</p> | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: VITALIS NOWAK I ZURAKOWSKI SPÓŁKA JAWNA</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Trzebinia / 32-540 / Kopernika 25</p> <p>telefon/ telefony: 32 620 02 93 / 733 433 494</p> <p>Data dodania do wykazu: 14.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022</p> | | | x | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: Kacper Chojnowski PROFIZJO</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Wadowice / 34-100 / Lwowska 76</p> <p>telefon/ telefony: 515 383 828</p> <p>identyfikator REGON: 161047449</p> | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: Kacper Chojnowski PROFIZJO</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Wadowice / 34-100 / Lwowska 76</p> <p>telefon/ telefony: 515 383 828</p> <p>Data dodania do wykazu: 14.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022</p> | | | x | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: REHABILITACJA-FIZJOTERAPIA</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Kraków / 31-261 / Rusznikarska 14A/XI</p> <p>telefon/ telefony: 606 24 35 85</p> <p>identyfikator REGON: 110860700</p> | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: REHABILITACJA-FIZJOTERAPIA</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Kraków / 31-261 / Rusznikarska 14A/XI</p> <p>telefon/ telefony: 606 24 35 85</p> <p>Data dodania do wykazu: 14.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022</p> | | | x | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: Jarosław Karczor - Rehabilitacja</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Okrusz / 32-300 / Króla Kazimierza Wielkiego 64</p> <p>telefon/ telefony: +48 600 251 787</p> <p>identyfikator REGON: 172432742</p> | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: Jarosław Karczor - Rehabilitacja</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Okrusz / 32-300 / Króla Kazimierza Wielkiego 64</p> <p>telefon/ telefony: +48 500 433 006</p> <p>Data dodania do wykazu: 14.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022</p> | | | x | x | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁASKOWEJ</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Łaskowa / 34-602 / Łaskowa 428</p> <p>telefon/ telefony: +48 18 333 30 09</p> <p>identyfikator REGON: 491991036</p> | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| <p>nazwa: SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁASKOWEJ</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Łaskowa / 34-602 / Łaskowa 428</p> <p>telefon/ telefony: +48 798 719 389 lub 18 333 78 000</p> <p>Data dodania do wykazu: 14.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022</p> | | | x | | |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ZDROWIE RODZINY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ulica i nr domu | Podogrodzie / 33-386 / Podogrodzie 255 | | | | | |
| telefon/telefony | +48 18 445 85 78 | | | | | |
| identyfikator REGON | 491972582 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ZDROWIE RODZINY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ulica i nr domu | Podogrodzie / 33-386 / Podogrodzie 255 | | | X | | |
| telefon/telefony | +48 18 445 85 78 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 świadczenia rehabilitacji ogólnoustrojowej w ramach ośrodka/oddziału dziennego | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ZDROWIE RODZINY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ulica i nr domu | Branzowa 311 33-386 Podogrodzie | | | | | |
| telefon/telefony | 18 445 85 78 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 10.03.2022 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VERTEBRA" w Bieczu | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ulica i nr domu | Biecz / 38-340 / Tyścialecia 5 | | | | | |
| telefon/telefony | 13 447 00 25 / + 48 535 990 918 | | | | | |
| identyfikator REGON | 121015390 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VERTEBRA" w Bieczu | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ulica i nr domu | Biecz / 38-340 / Tyścialecia 5 | | | | | |
| telefon/telefony | 13 447 00 25 / + 48 535 990 918 | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. DR TYTYUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W ZAKOPANEM | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ulica i nr domu | Zakopane / 34-500 / Kamieniec 10 | | | | | |
| telefon/telefony | 18 20 120-21 wew. 248 | | | | | |
| identyfikator REGON | 000311510 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. DR TYTYUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W ZAKOPANEM | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ulica i nr domu | Zakopane / 34-500 / Kamieniec 10 | | | | | |
| telefon/telefony | 18 20 120-21 wew. 248 | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | CENTRUM ZDROWIA | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ulica i nr domu | Muzana Dolna / 34-730 / Stawowa 10 | | | | | |
| telefon/telefony | +48 880 269 307 | | | | | |
| identyfikator REGON | 369211610 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | CENTRUM ZDROWIA | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ulica i nr domu | Muzana Dolna / 34-730 / Stawowa 10 | | | | | |
| telefon/telefony | +48 880 269 307 | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | AKTYWNA - FIZJOTERAPIA | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ulica i nr domu | Kraków / 30-252 / ul. Przegorzałka 23, | | | | | |
| telefon/telefony | 538 485 156 | | | | | |
| identyfikator REGON | 366872316 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | AKTYWNA - FIZJOTERAPIA | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ulica i nr domu | Kraków / 30-252 / ul. Przegorzałka 23, | | | | | |
| telefon/telefony | 538 485 156 | | | | X | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | "PRAKIS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ulica i nr domu | Nowy Sącz / 33-300 / ul. św. Heleny 30B | | | | | |
| telefon/telefony | 18 443 09 10 | | | | | |
| identyfikator REGON | 491880601 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | "PRAKIS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ulica i nr domu | Nowy Sącz / 33-300 / ul. św. Heleny 30B | | | | | |
| telefon/telefony | 18 443 09 10 | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | X | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Centrum Medyczne "REHA-MED" | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ulica i nr domu | Dąbrowa Tarnowska / 33-200 / ul. Szkolna 6 | | | | | |
| telefon/telefony | 014 642 25 50 | | | | | |
| identyfikator REGON | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Centrum Medyczne "REHA-MED" | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ulica i nr domu | Dąbrowa Tarnowska / 33-200 / ul. Szkolna 6 | | | | | |
| telefon/telefony | 014 642 25 50 | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | X | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Lecznictwa Opieki w Wieliczce | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ulica i nr domu | Wieliczka / 32-070 / ul. Bolesława Śpurnara 20 | | | | | |
| telefon/telefony | 12 279 63 00 | | | | | |
| identyfikator REGON | 350674687 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Lecznictwa Opieki w Wieliczce | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ulica i nr domu | Wieliczka / 32-070 / ul. Bolesława Śpurnara 20 | | | | | |
| telefon/telefony | 12 279 63 00 / 12 279 63 56 | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | ZAKŁAD LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO W CHRZANOWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ulica i nr domu | Chrzanów / 32-500 / ul. Sokola 19 | | | | | |
| telefon/telefony | 32 624 03 10 | | | | | |
| identyfikator REGON | 278218481 | | | | | |

| | | | | | |
|---|----------------------------------|---|--|---|---|
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: ZAKŁAD LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO W CHRZANOWIE SPÓŁKA Z adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Chrzanów / 32-500/ ul. Kościuski 14 telefon/ telefony: 32/623 31 83, 605 999 022 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | X | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63 | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OŚWIECIMIU adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Oświęcim/ 32-600 / ul. Wysokie Brzegi 4 telefon/ telefony: 13 844 84 76 identyfikator REGON: 000304409 | | | | X | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OŚWIECIMIU adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Oświęcim/ 32-600 / ul. Wysokie Brzegi 4 telefon/ telefony: 13 844 84 76 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | X | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64 | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: MED- SKARPA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Kraków / 31-909/ os. Na Skarpie 6 telefon/ telefony: 1 26441900 identyfikator REGON: 157042588 | | | | X | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: MED- SKARPA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Kraków / 31-909/ os. Na Skarpie 6 telefon/ telefony: 517 027 504 / 12 644 19 00 Data dodania do wykazu: 31.05.1901 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | X | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65 | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: TLK MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Kraków / 31-553/ ul. Cystersów 16 telefon/ telefony: 12 296 20 30 identyfikator REGON: 120278858 | | | | X | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: TLK MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Kraków / 31-553/ ul. Cystersów 16 telefon/ telefony: 12 296 20 30, 78 300 20 5 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | X | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66 | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: AD VITAM PRZYCHODNIA ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Radziszów/ 32-052/ ul. Szkolna 15 telefon/ telefony: 12 275 12 17 identyfikator REGON: 357082205 | | | | X | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: AD VITAM PRZYCHODNIA ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Radziszów/ 32-052 / ul. Szkolna 15 telefon/ telefony: 12 275 12 17, www:29 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | X | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67 | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: CERTUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Myślenice/ 32-400/ ul. Drogowców 5 telefon/ telefony: 12 274 29 66 identyfikator REGON: 356858796 | | | | X | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: CERTUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Myślenice/ 32-400/ ul. Drogowców 5 telefon/ telefony: 12 272 56 76 / 12 272 56 73, www: 3 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | X | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68 | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: Centrum Promocji i Ochrony Zdrowia adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Zapórze/ 32-555/ Marszałka Józefa Piłsudskiego 226 telefon/ telefony: 32 613 49 63 identyfikator REGON: 153369014 | | | | X | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: Centrum Promocji i Ochrony Zdrowia adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Babice/ 32-551/ ul. Gołaba 1 telefon/ telefony: 12 613 41 01, www: 23 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | X | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69 | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: ZAGÓRZANKA PENSIONAT REHABILITACYJNO-REKREACYJNY S I S DZIAŁKOWICZ adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Miśana Dolna/ 34-730/ ul. Żarabie 27b telefon/ telefony: 018 331 16 96 identyfikator REGON: 120087608 | | | | X | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: ZAGÓRZANKA PENSIONAT REHABILITACYJNO-REKREACYJNY S I S DZIAŁKOWICZ adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Miśana Dolna/ 34-730/ ul. Żarabie 27b telefon/ telefony: 18 331 11 096 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | X | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70 | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: BONUS-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Kamionka Wielka/ 33-334/ Kamionka Wielka 465 telefon/ telefony: 18 445 60 60 identyfikator REGON: 122637533 | | | | X | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: BONUS-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Kamionka Wielka/ 33-334/ Kamionka Wielka 465 telefon/ telefony: 18 445 60 60 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | X | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71 | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Łącko/ 33-390 / Łącko 140 telefon/ telefony: 18 444 63 04 identyfikator REGON: 491837001 | | | | X | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Łącko/ 33-390 / Łącko 140 telefon/ telefony: 18 444 63 04 / 782 095 660 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | X | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72 | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: Samodzielny Gminny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Czarnym Ciernym Dunajcu / 34-470 / ul. Kamieniec Dolny 55 telefon/ telefony: 18 365 73 70 identyfikator REGON: 491984697 | | | | X | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: Samodzielny Gminny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Czarnym Ciernym Dunajcu / 34-470 / ul. Kamieniec Dolny 55 telefon/ telefony: 18 365 73 70 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | X | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73 | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: CHRAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Babka-Zdrój/ 34-700/ Orkana 20b telefon/ telefony: 18 332 52 20; 505 614 480 identyfikator REGON: 492027058 | | | | X | |

| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|--|----------------------------------|---|--|---|---|
| nazwa: CHRAMEŁ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Tymbarń/ 34-650/ Tymbarń 315 telefon/ telefon: 18 267 67 54 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | X | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74 | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: STOWARZYSZENIE TRZEŹWOSCI "DOM" adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Jordanów/ 34-240/ ul. Banacha 1 telefon/ telefon: 18 267 48 02 Data dodania do wykazu: 30.06.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: STOWARZYSZENIE TRZEŹWOSCI "DOM" adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Jordanów/ 34-240/ ul. Banacha 1 telefon/ telefon: 066 282 635 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | X | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75 | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI "SZPITAL" adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Bochnia/ 32-700/ Krakowska 81 telefon/ telefon: 14 615 34 00 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI "SZPITAL" adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Bochnia/ 32-700/ ul. Wojska Polskiego 3 telefon/ telefon: 14 615 34 00 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | X | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76 | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Dąbrowa Tarnowska/ 33-200 / ul. Szpitalna 1 telefon/ telefon: 14 642 28 33 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Dąbrowa Tarnowska/ 33-200 / ul. Szpitalna 1 telefon/ telefon: 14 64 43 71 16 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | X | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77 | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Bochnia/ 32-700/ Kazimierza Wielkiego 26/17 telefon/ telefon: 14 611 56 30 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Siedlec / 32-742 / Siedlec 47 telefon/ telefon: 585 555 321, 14 612 70 87 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | X | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 2 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Łągowice / 32-744 / Łągowice 496 telefon/ telefon: 901 035 428, 14 610 03 30 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | X | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 3 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Proszówki / 32-700 / Proszówki 127 telefon/ telefon: 735 015 405, 14 611 09 10 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | X | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78 | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŻEGOCINIE adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Żegocina / 32-731 / Żegocina 232 telefon/ telefon: 509433041 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŻEGOCINIE adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Żegocina / 32-731 / Żegocina 232 telefon/ telefon: 509433041 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | X | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79 | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: CENTRUM MEDYCYNĄ RODZINNEJ GNÓJNIK I SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Gnójnik / 32-864 / Gnójnik 537 telefon/ telefon: 14 686 98 00.wew.2 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: CENTRUM MEDYCYNĄ RODZINNEJ GNÓJNIK I SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Gnójnik 221 / 22-864 / Gnójnik telefon/ telefon: 14 686 98 00.wew.2 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | X | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80 | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: "GERONIMO" M. Mielak, S. Zwolentk Sopka Jażna adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Tarnów/ 33-100 / Modułckiego 14 telefon/ telefon: 14 307 01 02 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: "GERONIMO" M. Mielak, S. Zwolentk Sopka Jażna adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Tarnów/ 33-10 / ul. Długa 19 telefon/ telefon: 14 628 93 68 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | X | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81 | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej REMED Jarosław Zachara adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Borzecin / 32-825 / Borzecin 87b telefon/ telefon: 14 684 60 06 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej REMED Jarosław Zachara adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Borzecin / 32-825 / Borzecin 87b telefon/ telefon: 14 684 60 06 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | X | X |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82 | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: Emka Med Medycyna i Rehabilitacja mgr Kinga Markowicz adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Koszyce Małe / 33-111 / ul. Główna 29 telefon/ telefon: 14 634 00 30 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: Emka Med Medycyna i Rehabilitacja mgr Kinga Markowicz adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Koszyce Małe / 33-111 / ul. Główna 29 telefon/ telefon: 14 634 00 30 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | X | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83 | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: Fizjohelp Kołna adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Kraków/ 38-485 / Jałiska 29 telefon/ telefon: 724 218 212 Data dodania do wykazu: 14.05.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: Fizjohelp Kołna adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: Kraków / 30-134 / ul. Zarzecz 124a telefon/ telefon: 724 218 212 | | | | X | |

| | | | | | | | |
|--|---|---|--|---|---|--|----------------------------|
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84 | | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: | "ARTMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krynica Zdrój / 33-300 / Kamienica Pułaskiego 8 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 604 493 779 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 120287810 | | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | |
| nazwa: | "ARTMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Sącz / 33-300 / ul. Barska 63/1 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 18 549 14 25 nr wew. 2 | | | X | X | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85 | | zakład lecznictwa | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący | podmiot realizujący |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Barcice / 33-342 / Barcice 422 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 18 446 60 67 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 386073444 | | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Barcice / 33-342 / Barcice 422 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 721 660 230 | | | X | X | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Sącz / 33-300 / ul. Jana Długosza 9 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 721 670 230 | | | X | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | |
| nazwa: | NZDZ "PALMED" CENTRUM OPIEKUNICZNO-LECZNICZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jastrzębia / 33-191 / Jastrzębia 174 | | | | | | |
| telefon/ telefony | +48 796 760 710 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 121162849 | | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | |
| nazwa: | NZDZ "PALMED" CENTRUM OPIEKUNICZNO-LECZNICZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubcza / 33-162 / ul. Lubcza 460 | | | | | | |
| telefon/ telefony | tel. 14 642 22 18 | | | X | X | | |
| Data dodania do wykazu | 17.05.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | |
| nazwa: | NZDZ "PALMED" CENTRUM OPIEKUNICZNO-LECZNICZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jastrzębia / 33-191 / ul. Jastrzębia 174 | | | | | | |
| telefon/ telefony | tel. 14 651 2023 | | | X | X | | |
| Data dodania do wykazu | 17.05.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 3 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | |
| nazwa: | NZDZ "PALMED" CENTRUM OPIEKUNICZNO-LECZNICZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Cieplice / 33-300 / ul. Dębowa 1 | | | | | | |
| telefon/ telefony | tel. 14 651 1111 | | | X | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.05.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | |
| 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 | +48 14 627 60 75 | | | | | | |
| identyfikator REGON | | | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | |
| nazwa: | CENTRUM 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 | 14 688 60 72 | | | X | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.05.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | |
| nazwa: | ZESPÓŁ PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów / 33-100 / Marii Skłodowskiej-Curie 1 | | | | | | |
| telefon/ telefony | +48 14 631 02 10 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 851800610 | | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | |
| nazwa: | ZESPÓŁ PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów / 33-100 / Marii Skłodowskiej-Curie 1 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 146310284 | | | X | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.05.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | | |
| Miejsce udzielenia świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | |
| nazwa: | ZESPÓŁ PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów / 33-100 / ul. Mostowa 6 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 146324261 | | | X | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.05.2021 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej | |
| nazwa: | CENTRUM ZDROWIA TUCHÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tuchów / 33-170 / Szpitalna 1 | | | | | | |
| telefon/ telefony | +48 14 653 51 00 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 120446616 | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
|---|----------------------------------|---|--|---|---|
| <p>nazwa: CENTRUM ZDROWIA Tuchów Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Szerszyni / 38-246 / ul. Szerszyni 544</p> <p>telefon/ telefony 14 651 7394</p> <p>Data dodania do wykazu 17.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 30.06.2022</p> | | | x | | |
| <p>nazwa: CENTRUM ZDROWIA Tuchów Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Tuchów / 33-170 / ul. Adama Mickiewicza 36</p> <p>telefon/ telefony 14 6525503</p> <p>Data dodania do wykazu 17.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 30.06.2022</p> | | | x | | |
| <p>nazwa: CARITAS DIECEZJI TARNOWSKIEJ</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Tarnów / 33-100 / Legionów 30</p> <p>telefon/ telefony: +48 14 641 75 01</p> <p>identyfikator REGON 850012901</p> | | | | | |
| <p>nazwa: CARITAS DIECEZJI TARNOWSKIEJ</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Jadowniki Mokre / 33-271 / Jadowniki Mokre 340</p> <p>telefon/ telefony: 14 641 75 01 wew. 30</p> <p>Data dodania do wykazu 17.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 30.06.2022</p> | | | x | | |
| <p>nazwa: NZOZ SPECJALISTYCZNE CENTRUM REHABILITACyjNO-LECZNICZE</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Wopnica / 32-830 / Kąpielowa 61</p> <p>telefon/ telefony: 14 679 00 44</p> <p>identyfikator REGON 120392398</p> | | | | | |
| <p>nazwa: NZOZ SPECJALISTYCZNE CENTRUM REHABILITACyjNO-LECZNICZE</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Wopnica / 32-830 / Kąpielowa 61</p> <p>telefon/ telefony: 14 679 00 44</p> <p>Data dodania do wykazu 17.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 30.06.2022</p> | | | x | | |
| <p>nazwa: MY ZROBIMY Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Tarnów / 33-100 / Juliusza Słowackiego 6</p> <p>telefon/ telefony: 691 670 425</p> <p>identyfikator REGON 380865283</p> | | | | | |
| <p>nazwa: MY ZROBIMY Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Tarnów / 33-100 / ul. Małki Bożej Fatimskiej 59</p> <p>telefon/ telefony 691 670 425</p> <p>Data dodania do wykazu 17.05.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 30.06.2022</p> | | | x | | |
| <p>nazwa: SP ZOZ Sanatorium Uzdrowiskowe MSWiA w Krynicy- Zdroju im. Śr. Karoliny Kozłowskiej</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Krynica Zdroju / 33-380 / Romana Nitribitta 4</p> <p>telefon/ telefony: 18 471 28 51</p> <p>identyfikator REGON 490688502</p> | | | | | |
| <p>nazwa: SP ZOZ Sanatorium Uzdrowiskowe MSWiA w Krynicy- Zdroju im. Śr. Karoliny Kozłowskiej</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Krynica Zdroju / 33-380 / ul. park Romana Nitribitta 4</p> <p>telefon/ telefony: 18 471 28 51, 18 473 81 41</p> <p>Data dodania do wykazu 01.06.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 30.06.2022</p> | x | x | | | |
| <p>nazwa: Rehabilitacja "Fizio-Med 2"</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Kraków / 31-214 / ul. Bałtycka 3</p> <p>telefon/ telefony: 12 415 04 34</p> <p>identyfikator REGON 350109883</p> | | | | | |
| <p>nazwa: Rehabilitacja "Fizio-Med 2"</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Kraków / 31-214 / ul. Bałtycka 3</p> <p>telefon/ telefony: 12 415 04 34</p> <p>Data dodania do wykazu 01.06.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 30.06.2022</p> | | | x | | |
| <p>nazwa: BMG CLINIC</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Wolbrom / 32-340 / ul. Marszałka Piłsudskiego 29</p> <p>telefon/ telefony: 502 955 072</p> <p>identyfikator REGON 356783785</p> | | | | | |
| <p>nazwa: BMG CLINIC</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Wolbrom / 32-340 / ul. Marszałka Piłsudskiego 29</p> <p>telefon/ telefony 502 955 072</p> <p>Data dodania do wykazu 01.06.2021</p> <p>Data wykreślenia z wykazu 30.06.2022</p> | | | x | | |
| <p>nazwa: Ośrodek Rehabilitacji Lecznicej</p> <p>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Proszowice / 32-100/ ul. Parkowa 10</p> <p>telefon/ telefony: 628 383 522</p> <p>identyfikator REGON 120949895</p> | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|----------------------------------|--|--|---|---|
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu | Proszowice / 32-100/ ul. Parkowa 10 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 608 583 552 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.06.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W MUSZYNI | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu | Muszyń / 33-370 / ul. Żelazka 6 | | | | | |
| telefon/ telefony | 018 471 40 37 | | | | | |
| Identyfikator REGON | 491974204 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W MUSZYNI | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu | Muszyń / 33-370 / ul. Żelazka 6 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 018 471 40 37 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.06.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 10.01.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH "SALUS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu | Męcina / 34-654 / Męcina 880 | | | | | |
| telefon/ telefony | 530 225 855 | | | | | |
| Identyfikator REGON | 382453524 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH "SALUS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu | Męcina / 34-654 / Męcina 880 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 530 225 855 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.06.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIPNICY WIELKIEJ | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipnica Wielka / 34-483 / Lipnica Wielka 517 | | | | | |
| telefon/ telefony | 18 263 45 04 | | | | | |
| Identyfikator REGON | 48964495 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIPNICY WIELKIEJ | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipnica Wielka / 34-483 / Lipnica Wielka 517 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 18 263 45 04 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.06.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRZESKU | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzesko / 32-800 / ul. Tadeusza Kościuszki 68 | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 14 662 14 25 | | | | | |
| Identyfikator REGON | 304355 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRZESKU | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzesko / 32-800 / ul. Tadeusza Kościuszki 68 | | X | X | | |
| telefon/ telefony | 48 14 662 14 25 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.06.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | GMINNE CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH W LISIEJ GÓRZE | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lisja Góra / 33-140 / ul. Sucharskiego 3a | | | | | |
| telefon/ telefony | 14 678 49 99 | | | | | |
| Identyfikator REGON | 85177899 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | GMINNE CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH W LISIEJ GÓRZE | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lisja Góra / 33-140 / ul. Sucharskiego 3a | | | X | | |
| telefon/ telefony | 14 678 49 99 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.06.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Szpital Sw. Anny w Miechowie | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miechów / 32-200 / ul. Szpitalna 3 | | | | | |
| telefon/ telefony | 041 382 03 33 | | | | | |
| Identyfikator REGON | 1208054 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Szpital Sw. Anny w Miechowie | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miechów / 32-200 / ul. Szpitalna 3 | | | X | X | |
| telefon/ telefony | 041 382 03 33 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.06.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chelmku | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chelmek / 32-660 / ul. Tadeusza Ściacha 1 | | | | | |
| telefon/ telefony | 33 846 11 69 | | | | | |
| Identyfikator REGON | 357007653 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chelmku | | | | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chelmek / 32-660 / ul. Tadeusza Ściacha 1 | | | X | | |
| telefon/ telefony | 33 846 11 69 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.06.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |

| | | | | | |
|--|----------------------------------|---|--|---|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: SCANNMED SPÓŁKA AKCYJNA adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Warszawa / 03-715 / Stefana Okrzei 1a telefon/ telefony: 12 629 88 00 identyfikator REGON: 351618159 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: SCANNMED SPÓŁKA AKCYJNA adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Kraków / 30-150 / ul. Armii Krajowej 5 telefon/ telefony: 12 639 88 00 Data dodania do wykazu: 01.06.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | x | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: Centrum Medyczne "Kefes" adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Nowy Świat / 33-300 / ul. Jana Kochanowskiego 2 telefon/ telefony: 609 550 506 identyfikator REGON: 492730645 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: Centrum Medyczne "Kefes" adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Nowy Świat / 33-300 / ul. Jana Kochanowskiego 2 telefon/ telefony: 609 550 506 Data dodania do wykazu: 01.06.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | x | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: GMINNE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Radogoszcz / 33-207 / pl. św. Kazimierza 3 telefon/ telefony: 14 641 41 10 identyfikator REGON: 492730645 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: GMINNE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Radogoszcz / 33-207 / ul. Wincentego Witosa 12 telefon/ telefony: 14 641 41 10 Data dodania do wykazu: 01.06.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | x | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: SZPITAL KLINICZNY IM. DR. JÓZEFA BABIŃSKIEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu ul. dr. Józefa Babińskiego 29, 30-393 Kraków telefon/ telefony: 12 65 24 252 identyfikator REGON: 000298554 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: SZPITAL KLINICZNY IM. DR. JÓZEFA BABIŃSKIEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu ul. dr. Józefa Babińskiego 29, 30-393 Kraków telefon/ telefony: 12 65 24 252 Data dodania do wykazu: 11.10.2021 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | | X |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: UZDROWISKO KOPALNIA SOLI "WIELICZKA" adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Park Książ 10, 32-028 Wieliczka telefon/ telefony: 12 278 73 68 identyfikator REGON: 351197769 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 - świadczenia rehabilitacji ogólnoustrojowej w ramach ośrodka/oddziału dziennego | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: UZDROWISKO KOPALNIA SOLI "WIELICZKA" adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu ul. Park Książ 1 bud. I, 32-020 Wieliczka telefon/ telefony: 12 278 73 68 Data dodania do wykazu: 10.01.2022 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: POLIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu os. Piastów 40/104, 31-623 Kraków telefon/ telefony: 12 681 16 80 identyfikator REGON: 15342970 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 - świadczenia rehabilitacji ogólnoustrojowej w ramach ośrodka/oddziału dziennego | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: POLIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu os. Piastów 40, 31-623 Kraków telefon/ telefony: 12 681 16 80 Data dodania do wykazu: 10.01.2022 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: 20 WOJSKOWY SZPITAL UZDROWISKOWO-REHABILITACYJNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu prof. Henryka Świdzińskiego 4, 33-380 Krzyżca Żródła telefon/ telefony: 18 414 62 11 identyfikator REGON: 480044147 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: 20 WOJSKOWY SZPITAL UZDROWISKOWO-REHABILITACYJNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu prof. Henryka Świdzińskiego 4, 33-380 Krzyżca Żródła telefon/ telefony: 18 414 62 11 Data dodania do wykazu: 10.01.2022 Data wykreślenia z wykazu: 30.06.2022 | | X | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111 | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: UZDROWISKO WYSOWA SPÓŁKA AKCYJNA adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Wysowa Żródła 149, 38-316 Wysowa-Żródła telefon/ telefony: 18 393 20 96 identyfikator REGON: 000299140 | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|-----------------------------------|---|---|--|--|
| Miejsce udzielania świadczeń 1 świadczenia rehabilitacji ogólnoustrojowej w ramach ośrodka/oddziału dziennego | | zakład lecznictwa uzdrowskiego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | UJZDROWIENKO WYSOWA SPÓŁKA AKCYJNA | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysowa-Zdrój 149, 38-316 Wysowa-Zdrój | | | | | |
| telefon/ telefony | 18 353 20 96 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 30.01.2022 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112 | | zakład lecznictwa uzdrowskiego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWYM WISNIECZU | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Podzamcze 4, 32-720 Nowy Wiśnicz | | | | | |
| telefon/ telefony | 014 612 87 55 | | | | | |
| Identyfikator REGON | 000548873 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowskiego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych | podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWYM WISNIECZU | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Podzamcze 4, 32-720 Nowy Wiśnicz | | | | | |
| telefon/ telefony | 014 612 87 55 | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 24.01.2022 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2022 | | | | | |