

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

|                                                   |                                                                                                   |                       |                                             |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1</b> |                                                                                                   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie                   |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-501, ul. Mikołaja Kopernika 36                                                         |                       |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | +48 12 424 70 00, +48 12 424 70 01                                                                |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 000288685                                                                                         |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                   | 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/ telefon                                  | tel.: +48 501 465 894                                                                             |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                        |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                                   | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-501, Kopernika 50                                                                      |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 124248600                                                                                         |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                        |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b> |                                                                                                   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej    |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | os. Na Skarpie 66, 31-913 Kraków                                                                  |                       |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | tel.: + 48 12 644 01 44, +48 12 622 94 65                                                         |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 000630161                                                                                         |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                   | 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/ telefon                                  | tel.: +48 12 622 93 42                                                                            |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                        |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                                   | 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/ telefon                                  | 126229502                                                                                         |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                        |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                                                   | 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/ telefon                                  | 126229502                                                                                         |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 16.04.2021                                                                                        |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                                                                                   | 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/ telefon                                  | 126229502                                                                                         |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 16.04.2021                                                                                        |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> |                                                                                                   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.                               |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków                                                               |                       |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | tel. +48 12 646 8 502                                                                             |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 121188694                                                                                         |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                   | 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/ telefon                                  | tel.: +48 606 629 315                                                                             |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                        |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                                   | 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/ telefon                                  | 727797074                                                                                         |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                        |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                                                   | 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/ telefon                                  | 727797074                                                                                         |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                        |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b> |                                                                                                   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie      |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów                                                                   |                       |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | tel. +48 14 631 50 00                                                                             |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 850052740                                                                                         |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                   | 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/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 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/ telefon:                                 | + 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/ telefon                                  | tel.: +48 884 313 999                                                                                                                 |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                            |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 18.08.2022                                                                                                                            |                    |                                             |
| 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/ telefon                                  | 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/ telefon:                                 | +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/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 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 Wstydlivego 14                                                                                       |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 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/ telefon:                                 | +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/ telefon                                  | 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/ telefon:                                 | 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/ telefon                                  | 122777170                                                                                                                             |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                            |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                       |                    |                                             |

|                                                    |                                                                            |                    |                                             |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9</b>  |                                                                            | 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/ telefon:                                  | +48 12 386 51 00, +48 12 386 51 05                                         |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                | 000300593                                                                  |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                            | 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/ telefon:                                  | tel. +48 606 612 738                                                       |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                 |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                            | 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/ telefon:                                  | 123871199                                                                  |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                 |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                            | 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/ telefon:                                  | 123869299                                                                  |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                 |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                            | 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/ telefon:                                  | 122874009                                                                  |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                 |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>              |                                                                            | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                             | Poradnia ogólna                                                            | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | IGOŁOMIA, 32-126, 16                                                       |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                  | 122873014                                                                  |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                 |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>              |                                                                            | 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/ telefon:                                  | 690117868                                                                  |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                 |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                            |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10</b> |                                                                            | 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/ telefon:                                  | 12 27 82 824                                                               |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                | 350674687                                                                  |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                            | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                             | Poradnia Ogólna - SPZŁO w Wieliczce                                        | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WIELICZKA, 32-020, Bolesława Szpunara 20                                   |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                  | 733030577                                                                  |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                 |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                            |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b> |                                                                            | 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/ telefon:                                  | 12 416 22 66                                                               |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                | 357207664                                                                  |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                            | 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/ telefon:                                  | tel. +48 609 227 009                                                       |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                 |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                            | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                             | Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza - PUNKT SZCZEPIEŃ | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-202, Prądnicka 35-37                                            |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                  | 122578672                                                                  |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                 |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                            |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b> |                                                                            | 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/ telefon:                                  | 126142000                                                                  |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                | 000290073                                                                  |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                            | 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/ telefon:                                  | 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 Szczepień Ochronnych                                                           | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-202, Prądnicka 80                                                                       |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 0126142237                                                                                         |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                    |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13       |                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GÓLCZY                                            |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓLCZA, 32-075, 80C-D                                                                              |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 12 38 86 099                                                                                       |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 351566391                                                                                          |                       |                                             |
| 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 | GÓLCZA, 32-075, 80 C-D                                                                             |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 123886099                                                                                          |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                    |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14       |                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DZIEWINIE                                         |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIEWIN, 32-708, 48A                                                                               |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 12 28 17 198; 12 28 17 124                                                                         |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 351145212                                                                                          |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                    | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | OŚRODEK ZDROWIA W DZIEWINIE                                                                        | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIEWIN, 32-708, 48 a                                                                              |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 122817198                                                                                          |                       | 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 DZIEWINIE - Z FILIĄ DZIAŁAJĄCĄ W ŚWINIARACH                                      | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWINIARY, 32-709, 117                                                                              |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 122817002                                                                                          |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                    |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15       |                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie 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                    |                                                                                                    | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet Lekarza POZ                                                                                | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-559, Grzegorzeczka 67C                                                                  |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 123457001                                                                                          |                       | 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:                                            | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                                    | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-307, Barska 12                                                                          |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 122665062                                                                                          |                       | 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:                                            | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                                    | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-559, Stefana Rogozińskiego 5                                                            |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 124173311                                                                                          |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                    |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16       |                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | CENTRUM MEDYCZNE UJASTEK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                   |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-752, ul. Ujastek 3                                                                      |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 12 68 33 800                                                                                       |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 350887420                                                                                          |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                    | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień Centrum Medyczne "Ujastek"                                                         | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-752, Ujastek 3                                                                          |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 126833844                                                                                          |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                    |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17       |                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie 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                    |                                                                                                    | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych                          | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-061, Bocheńska 4                                                                        |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 124305773                                                                                          |                       | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                    |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18       |                                                                                                    |                       |                                             |

|                                                   |                                                                                                              |                    |                                             |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| nazwa:                                            | NZOZ SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA ERGOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-415, ul. Bonarka 18                                                                               |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 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                                                                                   |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon:                                 | 122662195                                                                                                    |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                   |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                              |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19       |                                                                                                              | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH ZOFIA KRAJ, JOANNA SUŁOWSKA SPÓŁKA JAWNA |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-636, Osiedle Oświecenia 45                                                                        |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 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                                                                            |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon:                                 | 126410400                                                                                                    |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                   |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                              |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20       |                                                                                                              | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                          |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-864, ul. prof. Michała Życzkowskiego 16                                                           |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 12 29 50 100                                                                                                 |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 356366975                                                                                                    |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                              | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczybień                                                                                              | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-864, Prof. Michała Życzkowskiego 16                                                               |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon:                                 | 122950100                                                                                                    |                    |                                             |
| 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 Szczybień                                                                                              | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-034, Mikołaja Kopernika 8                                                                         |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon:                                 | 122950100                                                                                                    |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                   |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                              |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21       |                                                                                                              | szczenie personelu | szczenie 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/ telefon:                                 | 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                                                                                         |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon:                                 | 122746030                                                                                                    |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                   |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                              |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22       |                                                                                                              | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | LEKARZE RODZINNI E.FIGIEL,M.FIGIEL S.C.                                                                      |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-235, ul. Koło Białuchy 25                                                                         |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 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                                                                                           |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon:                                 | 602702915                                                                                                    |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                   |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                              |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23       |                                                                                                              | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | "SANO-MED" Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością                                                           |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE BRZESKO, 32-120, Partyzantów 4                                                                          |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 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                                                                          |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon:                                 | 12 3852012                                                                                                   |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                   |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                              |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24       |                                                                                                              | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA MEDYCYN RODZINNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                        |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUŁKOWICE, 32-440, ul. Szkolna 9                                                                             |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 2732173                                                                                                      |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 351535798                                                                                                    |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                              | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia Medycyny Rodzinnej w Sułkowicach                                                                 |                    | - - -                                       |

|                                                   |                                                                                              |                    |                                             |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| 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                                    | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IZDEBNIK, 34-144, Krakowska 9                                                                |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 883314866                                                                                    |                    |                                             |
| 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                                         | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LANCKORONA, 34-143, 10                                                                       |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 883314866                                                                                    |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                   |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                              |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25       |                                                                                              | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO ELŻBIETA 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                                                                   | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIŚNIOWA, 32-412, 1                                                                          |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 501008281                                                                                    |                    |                                             |
| 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                                       | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZIELONKI, 32-087, Galicyjska 15                                                              |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 122850014                                                                                    |                    |                                             |
| 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                                            | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYBNA, 32-061, Lawendowa 2                                                                   |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 122804004                                                                                    |                    |                                             |
| 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                    | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRZESZOWICE, 32-065, Legionów Polskich 7A                                                    |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 122826580                                                                                    |                    |                                             |
| 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   | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZIELONKI, 32-087, Galicyjska 15                                                              |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 122850112                                                                                    |                    |                                             |
| 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                                              | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BATOWICE, 32-086, Karola Wojtyły 110                                                         |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 122859417                                                                                    |                    |                                             |
| 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/ telefon:                                 | 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 | 8RZOZÓWKA, 32-088, krakowska 20                                                                                                   |                       | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 124194817                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                        |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                   |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31       |                                                                                                                                   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | MALGORZATA KULIS-MACHETA CENTRUM MEDYCZNO - DIAGNOSTYCZNE                                                                         |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-015, ul. Cieszyńska 16                                                                                                 |                       |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 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/ telefon                                  | 122221240                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                        |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                   |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32       |                                                                                                                                   | szczepienie personelu | szczepienie 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/ telefon:                                 | 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/ telefon                                  | 126491321                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                        |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 27.09.2021                                                                                                                        |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33       |                                                                                                                                   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | Zespół Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej                                                                                   |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1                                                                                        |                       |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | +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/ telefon                                  | 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 Rodzinną                                                                                                    | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĄBROWA TARNOWSKA, 33-200, Szpitalna 1                                                                                            |                       | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 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 Powszechnych - Szpital w Dąbrowie Tarnowskiej                                                                     | -                     | PSP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĄBROWA TARNOWSKA, 33-200, Szpitalna 1                                                                                            |                       | 3                                           |
| telefon/ telefon                                  | 146443341                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 29.04.2021                                                                                                                        |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                   |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34       |                                                                                                                                   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W OLEŚNIE                                                                                         |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLEŚNO, 33-210, ul. Leśna 10                                                                                                      |                       |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 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/ telefon                                  | 146411011                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                        |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                   |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35       |                                                                                                                                   | szczepienie personelu | szczepienie 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/ telefon:                                 | 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/ telefon                                  | 146127818                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                        |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                   |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36       |                                                                                                                                   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | MOŚCICKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-101, ul. Eugeniusza Kwiatkowskiego 15                                                                                  |                       |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 14 68 80 511                                                                                                                      |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 851664020                                                                                                                         |                       |                                             |

|                                                    |                                                                                                                         |                        |                                                    |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                         | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Mościckie Centrum Medyczne - Poradnia Rodzinna                                                                          | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-101, E. Kwiatkowskiego 15                                                                                    |                        |                                                    |
| telefon/ telefony                                  | tel: 14 688 05 50                                                                                                       |                        | <b>1</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                                              |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                         |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                         | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | MOŚCICKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                      | <b>P</b>               | -                                                  |
| 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                          |                                                                                                                         |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37</b> |                                                                                                                         | 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                                                                                                               |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                         | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | CenterMed Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Diagnostyczno-Lekarska Fila Nr 2                 | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-100, Kazimierza Pułaskiego 92                                                                                |                        |                                                    |
| telefon/ telefony                                  | 14 62 70 810                                                                                                            |                        | <b>1</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                                              |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                         |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                         | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | CenterMed Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Diagnostyczno-Lekarska Fila Nr 3                 | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZGŁOBICE, 33-113, Zgłobicka 9                                                                                           |                        |                                                    |
| telefon/ telefony                                  | 146743021                                                                                                               |                        | <b>1</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 26.03.2021                                                                                                              |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                         |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                                                         | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | CenterMed Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Diagnostyczno-Lekarska Brzeskie Centrum Medyczne | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Brzesko, 32-800, Browarna 5c                                                                                            |                        |                                                    |
| telefon/ telefony                                  | 146635141                                                                                                               |                        | <b>1</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 26.03.2021                                                                                                              |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                         |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38</b> |                                                                                                                         | 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                                                                                                               |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                         | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku                                                                | <b>W</b>               | -                                                  |
| 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                                                                                                              |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                         |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                         | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Poradnia ogólna                                                                                                         | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BRZESKO, 32-800, Tadeusza Kościuszki 68                                                                                 |                        |                                                    |
| telefon/ telefony                                  | 146621171                                                                                                               |                        | <b>1</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                                              |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                         |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                                                         | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH SPZOZ W BRZESKU                                                                            | -                      | <b>PSP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BRZESKO, 32-800, Tadeusza Kościuszki 68                                                                                 |                        |                                                    |
| telefon/ telefony                                  | 509 640 404<br>509 640 423                                                                                              |                        | <b>4</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 21.04.2021                                                                                                              |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                         |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b> |                                                                                                                         | 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                                                                                                               |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                         | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Gabinet zabiegowy                                                                                                       | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁUKOWICA, 34-606, 8                                                                                                     |                        |                                                    |
| telefon/ telefony                                  | 183335014                                                                                                               |                        | <b>1</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                                              |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                         |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40</b> |                                                                                                                         | szczepienie personelu  | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:                                             | UZDROWISKO SZCZAWNICA SPÓŁKA AKCYJNA                                                                                    |                        |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SZCZAWNICA, 34-460, ul. Zdrojowa 26                                                                                     |                        |                                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 185400420                                                                                                               |                        |                                                    |
| identyfikator REGON                                | 000288219                                                                                                               |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                         | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Przychodnia Uzdrowskowa                                                                                                 | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SZCZAWNICA, 34-460, Park Górny 2                                                                                        |                        |                                                    |
| telefon/ telefony                                  | 18 26 22 220                                                                                                            |                        | <b>1</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                                              |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                         |                        |                                                    |

|                                                   |                                                                                                   |                    |                                             |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| 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                                 | 183321120                                                                                         |                    |                                             |
| 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 | ŁĄBOWA, 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 | ŁĄBOWA, 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-ŻĘGIESTÓW" 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 Uzdrowskowie 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:                                            | Dzieńcis 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-ŁASOVICE, 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 SZCZEPIEŃ                                                                         | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRASNE-ŁASOVICE, 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 SZCZEPIEŃ                                                      | -                  | 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                         |                                                                                                   |                    |                                             |

|                                                    |                                                                                           |                    |                                             |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47</b> |                                                                                           | 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/ telefon:                                  | tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 153 51                                                   |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                | 000311510                                                                                 |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                           | 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/ telefon:                                  | tel. +48 572 703 346                                                                      |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                           | 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                                                            |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon:                                  | 182012021                                                                                 |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                           | 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                                                            |                    | 2                                           |
| telefon/ telefon:                                  | 182012021 264                                                                             |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 23.04.2021                                                                                |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48</b> |                                                                                           | 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/ telefon:                                  | tel. +48 18 35 -53-200                                                                    |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                | 000308614                                                                                 |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                           | 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/ telefon:                                  | tel. +48 606999740                                                                        |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                           | 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                                                             |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon:                                  | 183553260                                                                                 |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                           | 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                                                               |                    | 4                                           |
| telefon/ telefon:                                  | 183553222                                                                                 |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 21.04.2021                                                                                |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 17.08.2021                                                                                |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49</b> |                                                                                           | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W MANIOWACH                                  |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MANIOWY, 34-436, ul. Gorczańska 6                                                         |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                  | 18 27 50 088                                                                              |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                | 490687997                                                                                 |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                           | 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                                                             |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon:                                  | 182750088                                                                                 |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50</b> |                                                                                           | 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/ telefon:                                  | 18 26 72 012                                                                              |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                | 357168480                                                                                 |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                           | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                             | Gabinet szczepień                                                                         | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NAPRAWA, 34-240, 477                                                                      |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon:                                  | 182672012                                                                                 |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51</b> |                                                                                           | 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/ telefon:                                  | 18 26 34 504                                                                              |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                | 490664565                                                                                 |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                           | 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                                                               |                    | 2                                           |
| telefon/ telefon:                                  | 182634504                                                                                 |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                                |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                           |                    |                                             |

|                                                    |                                                                                |                    |                                             |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52</b> |                                                                                | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W ŁAPSZACH NIŻNYCH                |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁAPSZE NIŻNE, 34-442, ul. Długa 169                                            |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                 | 182659398                                                                      |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                | 490529927                                                                      |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                             | Punkt szczytów Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia w Łapszach Niżnych |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁAPSZE NIŻNE, 34-442, Długa 169                                                |                    |                                             |
| telefon/ telefony                                  | 182659398                                                                      |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2021                                                                     |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53</b> |                                                                                | 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                                                                      |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W SZAFARACH                       |                    |                                             |
| 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                          |                                                                                |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54</b> |                                                                                | 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                                                                      |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                             | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu                                          |                    |                                             |
| 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                          |                                                                                |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                             | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu                                          |                    |                                             |
| 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                          |                                                                                |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55</b> |                                                                                | 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                                                                      |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                             | Poradnia lekarza po                                                            |                    |                                             |
| 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                          |                                                                                |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56</b> |                                                                                | 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                                                                      |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                             | Ośrodek Zdrowia w Mucharzu                                                     |                    |                                             |
| 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                          |                                                                                |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57</b> |                                                                                | 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                                                                      |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                             | Poradnia lekarza POZ                                                           |                    |                                             |
| 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                          |                                                                                |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58</b> |                                                                                | 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                                                   |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 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                                      |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 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                                   |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 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 JUSZCZYŃIE                                     |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JUSZCZYN, 34-231, 542                                                    |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 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 | JUSZCZYN, 34-231, 542                                                    |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 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. Szkolna 1                                        |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 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, SZKOLNA 1                                            |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 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                                                    |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 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                           |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 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                                                      |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 338768425                                                                                |                       | 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/ telefon                                  | 518514673                                                                                |                       | 3                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 26.04.2021                                                                               |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 17.08.2021                                                                               |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65       |                                                                                          | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chelмку                                    |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHELMĘK, 32-660, ul. Staicha 1                                                           |                       |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 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 | CHELMĘK, 32-660, ul. Staicha 1                                                           |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 338461202                                                                                |                       | 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 ZOZ w Chelмку - Hala sportowa                                                         | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHELMĘK, 32-660, ul. Krakowska 18                                                        |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 338461461                                                                                |                       | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 16.04.2021                                                                               |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 28.03.2022                                                                               |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66       |                                                                                          | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | ZAKŁAD LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO W CHRZANOWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, ul. Sokoła 19                                                          |                       |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 32 62 32 211                                                                             |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 276218481                                                                                |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                          | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień - ZLA w Chrzanowie                                                       | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, Sokoła 19                                                              |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 32 610 00 49                                                                             |                       | 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 Chrzanów                                                           | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, Broniewskiego 16c                                                      |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 32 623 44 68                                                                             |                       | 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 Chrzanów                                                           | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, Kalinowa 7                                                             |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 32 661 87 57                                                                             |                       | 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 Chrzanów                                    | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUSZOWICE, 32-500, Strażacka 8                                                           |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 327115050                                                                                |                       | 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 Chrzanów                                    | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BALIN, 32-500, Wyzwolenia 65                                                             |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 32 613 17 87                                                                             |                       | 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 Chrzanów                                    | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PLAZA, 32-552, Jana Korczaka 2                                                           |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 326131250                                                                                |                       | 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 Chrzanów                                    | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, ul. Kolonia Stella 19/1                                                |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 32 623 04 32                                                                             |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                               |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67       |                                                                                          | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | "DIABET" CENTRUM MEDYCZNE S.C. LESZEK ROMANOWSKI BARBARA ROMANOWSKA                      |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, ul. Kościuski 18                                                       |                       |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 32 62 31 373                                                                             |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 851722668                                                                                |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                          | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

|                                                   |                                                                               |                    |                                             |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| nazwa:                                            | Przychodnia - Centrum Wielospecjalistycznej Opieki Ambulatoryjnej             | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, Kościuski 18                                                |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 326231373                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                    |                                             |
| 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:                                | 602 773 919                                                                   |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 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                                                            |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 122514009                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                    |                                             |
| 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:                                | 14 61 32 034                                                                  |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 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                                                         |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 146132034                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                    |                                             |
| 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:                                | 12 25 14 829                                                                  |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 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                                                             |                    | 2                                           |
| telefon/ telefony                                 | 12 25 14 829                                                                  |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                    |                                             |
| 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:                                | 33 84 52 036, 33 84 52 740                                                    |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 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                                        |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 338452036                                                                     |                    |                                             |
| 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 Bielanych                                   | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELANY, 32-651, Łęcka 10                                                     |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 338486610                                                                     |                    |                                             |
| 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 Ośrodek Zdrowia w Bulowicach                                  | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BULOWICE, 35-652, Bielska 63                                                  |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 338453599                                                                     |                    |                                             |
| 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 Ośrodek Zdrowia w Malcu                                       | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MALEC, 35-651, Świętojańska 65                                                |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 338455220                                                                     |                    |                                             |
| 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 Ośrodek Zdrowia w Witkowicach                                 | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WITKOWICE, 32-650, Dworska 50                                                 |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 338485099                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                    |                                             |
| 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                                                 |                    | 4                                           |
| telefon/ telefony                                 | 887035240                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 26.04.2021                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 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                                                 | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKLICZYN, 32-840, Grabina 27A                                                                        |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 146653533                                                                                             |                    |                                             |
| 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 BOCHNII                                      |                    |                                             |
| 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                                       | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOCHNIA, 32-700, Floris 16                                                                            |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 146153628                                                                                             |                    |                                             |
| 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 PRZEGINII 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 | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZEGINIA, 32-049, 371                                                                                |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 123898017                                                                                             |                    |                                             |
| 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                                        | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKALA, 32-043, Rynek 8                                                                                |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 123892797                                                                                             |                    |                                             |
| 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                  | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAGÓRZANY, 38-333, 235                                                                                |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 183512893                                                                                             |                    |                                             |
| 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                                                                         | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOSZCZENICA, 38-321, Samorządowa 5                                                                    |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 501297080                                                                                             |                    |                                             |
| 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                                                    | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STASZKÓWKA, 38-321, Strażacka 5                                                                       |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 501297080                                                                                             |                    |                                             |
| 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                                  | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIPNICA MUROWANA, 32-724, 49                                                                          |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 146852628                                                                                             |                    |                                             |
| 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 MUSZYNIE                                 |                    |                                             |
| 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 MUSZYNIE                                                       | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MUSZYNA, 33-370, Zefirka 6                                                                                                  |                    | 1                                           |
| 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 po) ZDROWIE RODZINY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZEZNA, 33-386, 311                                                                                                        |                    | 1                                           |
| 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                                                                                                       |                    | 1                                           |
| 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                                                                                                    |                    | 1                                           |
| 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                                                                                       |                    | 1                                           |
| 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                                                                                                       |                    | 1                                           |
| 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 SZCZEPIEŃ 'CENTRUM KROKUS'                                                                                            | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-876, al. Generała Bora-Komorowskiego 37                                                                          |                    | 2                                           |
| 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                                                                                  |                    | 1                                           |
| 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                                                                                             |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 184469002                                                                                                      |                    |                                             |
| 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/ telefon                                  | 12 28 38 091                                                                                                   |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 357060557                                                                                                      |                    |                                             |
| 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 | RUDAWA, 32-064, Antoniny Domańskiej 24                                                                         |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 602117072                                                                                                      |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                     |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                |                    |                                             |
| 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/ telefon                                  | 12 64 44 311                                                                                                   |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 357033431                                                                                                      |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | punkt szczepień MEDIC-KOLOR                                                                                    | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-941, os. Kolorowe 21                                                                                |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 126444311                                                                                                      |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                     |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                |                    |                                             |
| 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/ telefon                                  | 18 44 46 304                                                                                                   |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 491937500                                                                                                      |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet lekarza POZ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego                          | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĄCKO, 33-390, 140                                                                                             |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 7820095660                                                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                     |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88       |                                                                                                                | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | Krystyna Piwowar-Klag                                                                                          |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĄCKO, 33-390, 662                                                                                             |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 18 4446024                                                                                                     |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 490605172                                                                                                      |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | punkt szczepień Gabinet pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "KLAG-MED" | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĄCKO, 33-390, 662                                                                                             |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 184446024                                                                                                      |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                     |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89       |                                                                                                                | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | KRZYSZTOF PTAK PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO                                                                     |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GDÓW, 32-420, 402                                                                                              |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 25 14 488                                                                                                   |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 350326325                                                                                                      |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Praktyka Lekarza Rodzinnego                                                                                    | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GDÓW, 32-420, 402                                                                                              |                    | 2                                           |
| telefon/ telefon                                  | 122514488                                                                                                      |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                     |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90       |                                                                                                                | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | PORADNIA MEDYCYN RODZINNEJ S.C. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ                                          |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LAPANÓW, 32-740, 186                                                                                           |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 14 61 34 401                                                                                                   |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 357057710                                                                                                      |                    |                                             |
| 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 | LAPANÓW, 32-740, 186                                                                                           |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 14 61 34 401                                                                                                   |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                     |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91       |                                                                                                                | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MĘDRZECACHOWIE                                                               |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MĘDRZECÓW, 33-221, 325                                                                                         |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 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                                                               |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 14 64 37 114                                                                          |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                            |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                       |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92       |                                                                                       | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | CENTRUM DOKTOR JAWOREK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                        |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 8ĘBŁO, 32-089, ul. Kwiatowa 5                                                         |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 41 93 610                                                                          |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 362894110                                                                             |                    |                                             |
|                                                   |                                                                                       |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                       | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Centrum Doktor Jaworek                                                                | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 8ĘBŁO, 32-089, Kwiatowa 5                                                             |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 124193610                                                                             |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                            |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                       |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93       |                                                                                       | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | ANNA JEŁONKIEWICZ, MARIA MAGDALENA KUŁAGA-WIECZOREK "ZDROWIE" SPÓŁKA JAWNA            |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PROSZOWICE, 32-100, ul. 3 Maja 70                                                     |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 38 61 671                                                                          |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 357072520                                                                             |                    |                                             |
|                                                   |                                                                                       |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                       | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet lekarza rodzinnego - Punkt szczepień                                          | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PROSZOWICE, 32-100, 3 Maja 70                                                         |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 123861671                                                                             |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                            |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                       |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94       |                                                                                       | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | KRZYSZTOF KUKLA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "GABINET LEKARZA RODZINNEGO"    |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIEŃ, 32-071, ul. Piaski 15                                                         |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 28 03 023                                                                          |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 351518340                                                                             |                    |                                             |
|                                                   |                                                                                       |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                       | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia Ogólna                                                                       | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIEŃ, 32-071, Piaski 15                                                             |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 606941471                                                                             |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                            |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                       |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95       |                                                                                       | szczenie personelu | szczenie 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/ telefon                                  | 12 28 41 277                                                                          |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 357036406                                                                             |                    |                                             |
|                                                   |                                                                                       |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                       | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia lekarza POZ - Punkt Szczepień                                                | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KŁAJ, 32-015, 820                                                                     |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 12 28 41 033                                                                          |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                            |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                       |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96       |                                                                                       | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | Szpital Św. Anny w Miechowie                                                          |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3                                                      |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | +48 41 38 20 100,                                                                     |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 000304384                                                                             |                    |                                             |
|                                                   |                                                                                       |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                       | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Szpital Św. Anny w Miechowie                                                          | W                  | -                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3                                                      |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | tel. +48 511910667                                                                    |                    |                                             |
| 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 Św. Anny                                                                      | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIECHÓW, 32-200, Szpitalna 3                                                          |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 413820333                                                                             |                    |                                             |
| 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 - Gabinet 309, III piętro, blok C                        | -                  | PSP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3                                                      |                    | 8                                           |
| telefon/ telefon                                  | 532394541, 538515150, 413820140                                                       |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 21.04.2021                                                                            |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                       |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97       |                                                                                       | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOZŁOWIE                                         |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOZŁÓW, 32-241, 63                                                                    |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 41 38 41 234                                                                          |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 290416388                                                                             |                    |                                             |
|                                                   |                                                                                       |                    |                                             |

|                                                     |                                                                           |                        |                                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PZOZ W KOZŁOWIE                                                           | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOZŁÓW, 32-241, 63                                                        |                        |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 413841324                                                                 |                        | <b>1</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98</b>  |                                                                           | szczenie personelu     | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIEDZIBĄ W DZIADUSZYCACH |                        |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DZIADUSZYCE, 32-218, 25                                                   |                        |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 41 38 47 010                                                              |                        |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 290419470                                                                 |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Ośrodek Zdrowia w Dziaduszycach                                           | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DZIADUSZYCE, 32-218, 25                                                   |                        |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 413847010                                                                 |                        | <b>1</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99</b>  |                                                                           | szczenie personelu     | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:                                              | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHARSZNICY                           |                        |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIECHÓW-CHARSZNICA, 32-250, ul. Miechowska 52                             |                        |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 41 38 36 008                                                              |                        |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357004984                                                                 |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Charsznicy                           | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIECHÓW-CHARSZNICA, 32-250, Miechowska 52                                 |                        |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 413836008                                                                 |                        | <b>1</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Charsznicy filia Tczyc               | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tczyc, 32-250, Tczyc 168                                                  |                        |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 413837215                                                                 |                        | <b>1</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100</b> |                                                                           | 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/ telefon:                                   | 41 38 38 017                                                              |                        |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 290758255                                                                 |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Książu Wielkim                       | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KSIĄŻ WIELKI, 32-210, Warszawska 17A                                      |                        |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 4413838017                                                                |                        | <b>1</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101</b> |                                                                           | 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/ telefon:                                   | 41 38 33 322                                                              |                        |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 290655058                                                                 |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ Centrum Medyczne TOP-MED                                             | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIECHÓW, 32-200, ul. Józefa Piłsudskiego 12                               |                        |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 41 38 33 322                                                              |                        | <b>2</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punk szczenia w ośrodku zdrowia                                           | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RACŁAWICE, 32-222, 155                                                    |                        |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 41 38 33 322                                                              |                        | <b>1</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102</b> |                                                                           | 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/ telefon:                                   | 14 64 36 195                                                              |                        |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 851745267                                                                 |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej                                    | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZCZUCIN, 33-230, Piłsudskiego 15                                         |                        |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146436195                                                                 |                        | <b>1</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Ośrodek Zdrowia w Słupcu                                                  | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SŁUPIEC/33-230/Słupiec 320                                                |                        |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146431280                                                                 |                        | <b>1</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 16.04.2021                                                                |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                   |                                                                                          |                       |                                             |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| nazwa:                                            | Ośrodek Zdrowia w Brzeźdówce                                                             | -                     | 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      |                                                                                          | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOLESŁAWIU                                             |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAW, 33-220, 168                                                                    |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 14 64 15 014                                                                             |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 851745630                                                                                |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                          | 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      |                                                                                          | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | ANTIDOTUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                        |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Władysława Broniewskiego 3a                                       |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 184415585                                                                                |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 491975072                                                                                |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                          | 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      |                                                                                          | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | LEKARZ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                           |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZERNICHÓW, 32-070, ul. Wiśłana 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 | CZERNICHÓW, 32-070, Wiśłana 2                                                            |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 696033997                                                                                |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                               |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106      |                                                                                          | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZATORZE                                           |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZATOR, 32-640, ul. Leszka Pałimąki 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 Pałimąki 2                                                         |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 338412150                                                                                |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                               |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107      |                                                                                          | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | Bartłomiej Cabala SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA ARCUS                             |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, ul. Józefa Ignacego Kraszewskiego 118                             |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 184715652                                                                                |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 430647438                                                                                |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                          | 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      |                                                                                          | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "REMEDIUM" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Józefa Poniatowskiego 2                                           |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 18 44 36 690                                                                             |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 491975066                                                                                |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                          | 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. Rokitańczyków 26                                                  |                       |                                             |

|                                                     |                                                                                      |                    |                                             |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 798816134                                                                            |                    | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 28.04.2021                                                                           |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 28.05.2021                                                                           |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109</b> |                                                                                      | szczenie personelu | szczenie 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                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | punkt szczytów Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PRAXIS" sp. z o.o.             |                    |                                             |
| 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                           |                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110</b> |                                                                                      | szczenie personelu | szczenie 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                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Gabinet Lekarza Rodzinnego NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego M.Janik                  |                    |                                             |
| 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                           |                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111</b> |                                                                                      | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRĘBOSZOWIE                                        |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRĘBOSZÓW, 33-260, 142                                                               |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 14 64 16 006                                                                         |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 851750883                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRĘBOSZOWIE                                        |                    |                                             |
| 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                           |                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112</b> |                                                                                      | szczenie personelu | szczenie 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                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Gabinet lekarza POZ                                                                  |                    |                                             |
| 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                           |                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                      | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Gabinet lekarza POZ                                                                  |                    |                                             |
| 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                           |                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113</b> |                                                                                      | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | Maria Wójcik - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Korzennej                     |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KORZENNA, 33-322, 338                                                                |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 18 4417002                                                                           |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 491979986                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | punkt szczytów Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Korzennej                     |                    |                                             |
| 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                           |                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114</b> |                                                                                      | szczenie personelu | szczenie 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                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Szpital Św. Rafała                                                                   |                    |                                             |
| 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                           |                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                      | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy POZ AK5                                              |                    |                                             |
| 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                         |                                                                                                                  |                    |                                             |
| 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                                                                                     |                    | 1                                           |
| 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                                                                                     |                    | 1                                           |
| 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, Zygmuntowska 15                                                                               |                    | 1                                           |
| 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                                                                             |                    | 1                                           |
| 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                                                                                     |                    | 1                                           |
| 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                                                                                   |                    | 1                                           |
| 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                                                                                    |                    | 1                                           |
| 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                                                                                   |                    | 1                                           |
| 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                                                                 |                    | 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                                                                                |                    | 1                                           |
| 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                                                                                |                    | 2                                           |
| 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 Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego w Porębie Wielkiej                             | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PORĘBA WIELKA, 34-735, 278                                                                                       |                    | 1                                           |
| 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.B.Bolesnej 10                                                                                           |                    | 3                                           |
| telefon/ telefony                                 | 183372232                                                                                                                   |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                  |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                             |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117      |                                                                                                                             | szczenie personelu | szczenie 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 położnicy 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                                                                                                     |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 123322111                                                                                                                   |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                  |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                             |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118      |                                                                                                                             | szczenie personelu | szczenie 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                                                                                                          |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 183330011                                                                                                                   |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                  |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                             |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119      |                                                                                                                             | szczenie personelu | szczenie 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                                                                                            |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 183310028                                                                                                                   |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                  |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                             |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120      |                                                                                                                             | szczenie personelu | szczenie 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                                                                                             |                    | 1                                           |
| 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 Racławice                                                                                               | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RACŁAWICE, 32-049, Racławice 54A                                                                                            |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 122829381                                                                                                                   |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                  |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                             |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121      |                                                                                                                             | szczenie personelu | szczenie 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                                                                                         |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 338705632                                                                                                                   |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                  |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                             |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122      |                                                                                                                             | szczenie personelu | szczenie 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                                                                                                 |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 122713661                                                                                                                   |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                  |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                             |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123      |                                                                                                                             | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |

|                                                     |                                                                                                                      |                           |                                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|
| nazwa:                                              | Katarzyna Pałka                                                                                                      |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STARY SĄCZ, 33-340, ul. Królowej Jadwigi 20                                                                          |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 18 44 61 172                                                                                                         |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 490818471                                                                                                            |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet lekarza POZ                                                                                                  | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STARY SĄCZ, 33-340, Królowej Jadwigi 20                                                                              |                           | <b>2</b>                                           |
| telefon/ telefon                                    | 18 44 61 172                                                                                                         |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                           |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124</b> |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "WIDOK-BRONOWICE 1" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-147, ul. Na Błonie 1                                                                                      |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 12 63 84 099; 12 63 82 377                                                                                           |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357047628                                                                                                            |                           |                                                    |
|                                                     |                                                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                                                                      | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-147, Na Błonie 1                                                                                          |                           | <b>2</b>                                           |
| telefon/ telefon                                    | 728821631                                                                                                            |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                           |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125</b> |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | Praktyka Lekarska AZORY Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                      |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-308, ul. Wacława Nałkowskiego 1                                                                           |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 12 63 84 455                                                                                                         |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357065402                                                                                                            |                           |                                                    |
|                                                     |                                                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                                                                      | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-308, NAŁKOWSKIEGO 1                                                                                       |                           | <b>2</b>                                           |
| telefon/ telefon                                    | 601442110                                                                                                            |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                           |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126</b> |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | Maria Bednarz                                                                                                        |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIEDLCE, 33-322, 228                                                                                                 |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 18 44 17 504                                                                                                         |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 491982534                                                                                                            |                           |                                                    |
|                                                     |                                                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Maria Bednarz                                                                                        | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIEDLCE, 33-322, 228                                                                                                 |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefon                                    | 184417504                                                                                                            |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                           |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127</b> |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| 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/ telefon:                                   | 32 64 28 413                                                                                                         |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357072980                                                                                                            |                           |                                                    |
|                                                     |                                                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                                                 | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KLUCZE, 32-310, Zawierciańska 14                                                                                     |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefon                                    | 326428413                                                                                                            |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                           |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128</b> |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | "PULS ADAM I BEATA RAUK SPÓŁKA JAWNA"                                                                                |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ANDRYCHÓW, 34-120, ul. Krakowska 140A                                                                                |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 33 8757601                                                                                                           |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 851730975                                                                                                            |                           |                                                    |
|                                                     |                                                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Praktyka Lekarza Rodzinnego w Andrychowie                                                                            | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ANDRYCHÓW, 34-120, Krakowska 140a                                                                                    |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefon                                    | 338757601                                                                                                            |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                           |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | punkt szczepień Praktyka Lekarza Rodzinnego w Roczynach                                                              | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ROCZYNY, 34-120, Bielska 87                                                                                          |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefon                                    | 338702749                                                                                                            |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                           |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129</b> |                                                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PABIMED" S.C. PRZEMYSŁAW BIEDROŃ, GRZEGÓRZ BIEDROŃ                            |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-218, ul. Królowej Jadwigi 203                                                                             |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 126254444                                                                                                            |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357073330                                                                                                            |                           |                                                    |
|                                                     |                                                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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      |                                                                                                | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | PORADNIA PEDIATRYCZNO-INTERNISTYCZNA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                   |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MYŚLENICE, 32-400, ul. Szpitalna 2A                                                            |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 12 27 30 259                                                                                   |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 357066525                                                                                      |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia Pediatryczno-Internistyczna                                                           |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MYŚLENICE, 32-400, Szpitalna 2A                                                                |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 122730259                                                                                      |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                     | -                     | POP                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                |                       | 1                                           |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131      |                                                                                                | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | GRÓDMED BULŻAK, 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                                                                     |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRÓDEK NAD DUNAJCEM, 33-318, 170                                                               |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 184401444                                                                                      |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                     | -                     | POP                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 07.06.2021                                                                                     |                       | 2                                           |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132      |                                                                                                | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | BOGUSŁAWA WARCHOŁ                                                                              |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁUŻNA, 38-322, 609                                                                             |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 18 354 30 44                                                                                   |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 491983746                                                                                      |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej "SALUS"                                                      |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁUŻNA, 38-322, 609                                                                             |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 18 354 30 44                                                                                   |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                     | -                     | POP                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                |                       | 1                                           |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133      |                                                                                                | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GMINIE JABŁONKA                               |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JABŁONKA, 34-480, ul. 3 Maja 7.                                                                |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 18 26 42 021                                                                                   |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 491984958                                                                                      |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | ORAWSKIE CENTRUM ZDROWIA W JABLONCE                                                            |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JABŁONKA, 34-480, 3 MAJA 7                                                                     |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 182642022                                                                                      |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                     | -                     | POP                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                |                       | 1                                           |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134      |                                                                                                | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | Małgorzata Nowak Praktyka Lekarza Rodzinnego                                                   |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PALEŚNICA, 32-842, 109                                                                         |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 14 66 54 106                                                                                   |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 851750080                                                                                      |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia (gabinet) podstawowej opieki zdrowotnej                                               |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PALEŚNICA, 32-842, 109                                                                         |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 146654106                                                                                      |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                     | -                     | POP                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 21.04.2021                                                                                     |                       | 1                                           |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135      |                                                                                                | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OSIEDLE UROCZE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-952, os. Osiedle Urocze 2                                                           |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 12 64 42 755                                                                                   |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 357053600                                                                                      |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej OSIEDLE UROCZE                                           |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-952, OS. UROCZE 2                                                                   |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 12 64 42 755                                                                                   |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                     | -                     | POP                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                |                       | 2                                           |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136      |                                                                                                | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | Przychodnia Lekarska Diamed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                            |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-695, ul. Alberta Schweitzera 7                                                      |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 12 37 11 900                                                                                   |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 357066956                                                                                      |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień - Kraków                                                                       |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-695, A. Schweitzera 7                                                               | -                     | POP                                         |

|                                                     |                                                                                                   |                        |                                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 503088166                                                                                         |                        | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                        |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień - Trąbki                                                                          | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIELICZKA, 32-020, Trąbki 430                                                                     |                        |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 503088166                                                                                         |                        | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                        |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137</b> |                                                                                                   | 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                                                                                         |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej                                                    | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KROŚCIENKO NAD DUNAJCEM, 34-450, Esperanto 2                                                      |                        |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 182623046                                                                                         |                        | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                        |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 138</b> |                                                                                                   | 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                                                                                         |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                                                   | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | POLANKA WIELKA, 32-607, DŁUGA 3                                                                   |                        |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 338488823                                                                                         |                        | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                        |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139</b> |                                                                                                   | 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                                 | 851732773                                                                                         |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Wojnickie Centrum Medyczne Sp. z o.o. NZOZ                                                        | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOJNICZ, 32-830, Rolnicza 3                                                                       |                        |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 146790308                                                                                         |                        | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                        |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140</b> |                                                                                                   | szczenie personelu     | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNĄ 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                                                                                         |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet ogólny lekarza rodzinnego                                                                 | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-352, Włodzimierza Tetmajera 2                                                          |                        |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 126384956                                                                                         |                        | 2                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                        |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNĄ RODZINNA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-352, Tetmajera 2                                                                       |                        |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 126384956                                                                                         |                        | 2                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                        |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 141</b> |                                                                                                   | 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                                                                                         |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA PRZECISZÓW                                                                            | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRZECISZÓW, 32-641, DŁUGA 4                                                                       |                        |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 338413278                                                                                         |                        | 2                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                        |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 142</b> |                                                                                                   | szczenie personelu     | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W BIAŁYM DUNAJU                                                |                        |                                                    |
| 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                                                                                         |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W BIAŁYM DUNAJU                                                | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIAŁY DUNAJEC, 34-425, JANA PAWŁA II 201                                                          |                        |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 18 20-735 91                                                                                      |                        | 2                                                  |
|                                                     |                                                                                                   |                        |                                                    |

|                                                     |                                                                                                                                    |                       |                                             |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 143</b> |                                                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                              | ZESPÓŁ PRZYCHODNI I OŚRODKÓW ZDROWIA-KRZESZOWICKIE CENTRUM ZDROWIA                                                                 |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRZESZOWICE, 32-065, ul. Legionów Polskich 30                                                                                      |                       |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 12 28 20 401                                                                                                                       |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 357101150                                                                                                                          |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                    | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                                                               |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRZESZOWICE, 32-065, Legionów Polskich 30                                                                                          |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 122820287                                                                                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                                    | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - KRZESZOWICE                                                                                         |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRZESZOWICE, 32-065, ul. Szkolna 7                                                                                                 |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 600585933                                                                                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 28.04.2021                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 03.08.2021                                                                                                                         |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 144</b> |                                                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BAŁTYCKA" S.C. D.LUDWIN, M.SEMPER                                                           |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-214, ul. Bałtycka 3                                                                                                     |                       |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 124153100                                                                                                                          |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 357078830                                                                                                                          |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                    | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                                                    |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-214, Bałtycka 3                                                                                                         |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 124153100                                                                                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 28.09.2021                                                                                                                         |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 145</b> |                                                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WIEJSKI OŚRODEK ZDROWIA W LEŚNICY-GRONIU                                            |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEŚNICA, 34-406, ul. Szkolna 3                                                                                                     |                       |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 182656144                                                                                                                          |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 491991131                                                                                                                          |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                    | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej WÓZ w Leśnicy-Groniu<br>Punkt Szczepień                                             |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEŚNICA, 34-406, Szkolna 3                                                                                                         |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 18 26 561 44/ 18 26 348 38                                                                                                         |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 146</b> |                                                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKALE                                                                             |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SKALA, 32-043, ul. Słomnicka 69                                                                                                    |                       |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 12 38 91 005                                                                                                                       |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 357046706                                                                                                                          |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                    | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Przychodnia Rejonowa w Skale                                                                                       |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SKALA, 32-043, ul.Słomnicka 69                                                                                                     |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 123890000                                                                                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                                    | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Ośrodek Zdrowia w Cjanowicach                                                                                      |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CJANOWICE, 32-043, ul. Krakowska 250                                                                                               |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 660 724 045                                                                                                                        |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 147</b> |                                                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PROFILAKTYKA I TERAPIA - LEKARSKA PRAKTYKA GRUPOWA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-053, ul. Kronikarza Galla 24                                                                                            |                       |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 12 63 72 568, 12 63 72 971                                                                                                         |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 357077859                                                                                                                          |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                    | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                                                                                    |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-053, KRONIKARZA GALLA 24                                                                                                |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 126372971                                                                                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 148</b> |                                                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                              | SPÓŁKA LEKARSKA NA KOZŁÓWCE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-664, ul. Na Kozłowie 29                                                                                                 |                       |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 12 65 81 611                                                                                                                       |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 357077658                                                                                                                          |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                    | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                                                                                    |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-664, Na Kozłowie 29                                                                                                     |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 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/ telefon                                  | 12 65 81 611                                                                          |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                            |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                       |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 149      |                                                                                       | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | LUB-MED OLGA CZARNEKA-MIRGOS, TOMASZ MIRGOS S.C.                                      |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIEŃ, 32-433, 475                                                                   |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 182682012                                                                             |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                            |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                       |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 150      |                                                                                       | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SUŁOZOWIEJ                           |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUŁOZOWA, 32-045, ul. Bankowa 6                                                       |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 38 96 054                                                                          |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 357101894                                                                             |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                       | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PUKNT SZCZEPIEŃ                                                                       | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUŁOZOWA, 32-045, BANKOWA 6                                                           |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 123896054                                                                             |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                            |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                       |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 151      |                                                                                       | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWYM WIŚNICZU                |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY WIŚNICZ, 32-720, ul. Podzamcze 4                                                 |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 146129477                                                                             |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 26.03.2021                                                                            |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                       |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 152      |                                                                                       | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LISZKACH                             |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LISZKI, 32-060, 427                                                                   |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 123067077                                                                             |                       | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                            |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                       |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 153      |                                                                                       | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUCHA BESKIDZKA, 34-200, ul. Adama Mickiewicza 56                                     |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 338741833                                                                             |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                            |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                       |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 154      |                                                                                       | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W TRZECIAŹU                            |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZECIAŹ, 32-353, ul. Zdrowa 6                                                        |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 38 94 023                                                                          |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 357108301                                                                             |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                       | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                       | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZECIAŹ, 32-353, Zdrowa 6                                                            |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 123894023                                                                             |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                            |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                       |                       |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 155      |                                                                                       | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            |                                                                                       |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |                                                                                       |                       |                                             |
| telefon/ telefon                                  |                                                                                       |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               |                                                                                       |                       |                                             |

|                                                   |                                                                    |                    |                                             |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁOSOSINIE DOLNEJ  |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOSOSINA DOLNA, 33-314, 170                                        |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 18 444800                                                          |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 491992834                                                          |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                    | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁOSOSINIE DOLNEJ  | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOSOSINA DOLNA, 33-314, 170                                        |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon:                                 | 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/ telefon:                                 | 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/ telefon:                                 | 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/ telefon:                                 | 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/ telefon:                                 | 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/ telefon:                                 | 14 67 85 277; 14 67 84 999                                         |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 851777899                                                          |                    |                                             |
| 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/ telefon:                                 | 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/ telefon:                                 | 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/ telefon:                                 | 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/ telefon:                                 | 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/ telefon:                                 | 33 8444295                                                         |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 357138472                                                          |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                    | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia Rejonowa Nr 1 - PUNKT SZCZEPIEŃ                        | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIĘCIM, 32-600, Żwirki i Wigury 5                                |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon:                                 | 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 SZCZEPIEŃ                        | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŚWIĘCIM, 32-600, Czecha 2                                         |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon:                                 | 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 SZCZEPIEŃ                        | -                  | 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                           |                                                                                                           |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Przychodnia Rejonowa Nr 4 - PUNKT SZCZEPIEŃ                                                               | -                      | <b>POP</b>                                         |
| 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                           |                                                                                                           |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Oświęcimiu                             | -                      | <b>PSP</b>                                         |
| 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                                                                                                |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 161</b> |                                                                                                           | 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                                                                                                 |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia medycyny rodzinnej NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZIEMIANSKY SPÓŁKA JAWNA | -                      | <b>POP</b>                                         |
| 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                           |                                                                                                           |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 162</b> |                                                                                                           | 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                                                                                                 |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ Przychodnia Zdrowia Bieżanów                                                                         | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-898, Ks. Jerzego Popiełuski 42A                                                                |                        |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 515839898                                                                                                 |                        |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                           |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 163</b> |                                                                                                           | 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                                                                                                 |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ P. COVID-19 - Sala WDK                                                                    | -                      | <b>POP</b>                                         |
| 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                           |                                                                                                           |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Lekarski w Głębowicach                                                                              | -                      | <b>POP</b>                                         |
| 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                           |                                                                                                           |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 164</b> |                                                                                                           | szczenie personelu     | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA LESŁAW SZOT                                    |                        |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LIMANOWA, 34-600, ul. Józefa Piłsudskiego 12                                                              |                        |                                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 18 3372527                                                                                                |                        |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 490524611                                                                                                 |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska - Gabinet lekarza POZ                          | -                      | <b>POP</b>                                         |
| 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                           |                                                                                                           |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 165</b> |                                                                                                           | szczenie personelu     | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:                                              | GINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKRZYSZÓWIE                                                              |                        |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SKRZYSZÓW, 33-156, 645                                                                                    |                        |                                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 14 67 45 008                                                                                              |                        |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 851800368                                                                                                 |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                           | -                      | <b>POP</b>                                         |
| 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                           |                                                                                                           |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień Ośrodek Zdrowia w Szymaldzie                                                              | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZYMALD, 33-158, Szymwald 10a                                                                             |                        |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 146742004                                                                                                 |                        |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                                                |                        |                                                    |
|                                                     |                                                                                                           |                        |                                                    |

|                                                     |                                                                                                                             |                    |                                             |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                             |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166</b> |                                                                                                                             | 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/ telefon:                                   | 14 67 98 110                                                                                                                |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 851798186                                                                                                                   |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                             | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                                             |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PLEŚNA, 33-171, 284                                                                                                         |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 146798110                                                                                                                   |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                  |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                             |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                             | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                                             |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JANOWICE, 33-115, 183                                                                                                       |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 146799001                                                                                                                   |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                  |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                             |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                                             | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                                             |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LICHWIN, 33-172, 180A                                                                                                       |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 146758051                                                                                                                   |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                  |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                             |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 167</b> |                                                                                                                             | 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/ telefon:                                   | 41 38 20 297                                                                                                                |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 357180882                                                                                                                   |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                             | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Gabinety Lekarza Ogólnego                                                                                                   |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIECHÓW, 32-200, Szpitalna 1F                                                                                               |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 413890100                                                                                                                   |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                  |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                             |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                             | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Gabinet Lekarza Ogólnego                                                                                                    |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIECHÓW, 32-200, Szpitalna 3                                                                                                |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 41 38 30 290                                                                                                                |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                  |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                             |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 168</b> |                                                                                                                             | 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/ telefon:                                   | 146330691                                                                                                                   |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 851793929                                                                                                                   |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                             | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Miejska Przychodnia Lekarska Nr I N202 Sp. z o.o.                                                                           |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, Chemiczna 12                                                                                                |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 146330691                                                                                                                   |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                  |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                             |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 169</b> |                                                                                                                             | 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. Wąłowa 22                                                                                               |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 14 68 89 022                                                                                                                |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 851793065                                                                                                                   |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                             | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                                                              |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, Wąłowa 22                                                                                                   |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 146889020                                                                                                                   |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                  |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                             |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 170</b> |                                                                                                                             | 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/ telefon:                                   | 14 68 88 184                                                                                                                |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 851794099                                                                                                                   |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                             | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej                                                                                      |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, Osiedle Niepodległości 3A                                                                                   |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 146888185                                                                                                                   |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                  |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                             |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                             | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | MIEJSKA PRZYCHODNIA LEKARSKA NR IV NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ            |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, Osiedle Niepodległości 3A                                                                                   |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 146888185                                                                                                                   |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                                                                  |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                             |                    |                                             |

|                                                     |                                                                                                                 |                    |                                             |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 171</b> |                                                                                                                 | 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/ telefon:                                   | 14 62 42 217                                                                                                    |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 851792976                                                                                                       |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                 | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                                                  |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, Długa 18                                                                                        |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 14 62 42 217                                                                                                    |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                      |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                 |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 172</b> |                                                                                                                 | 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/ telefon:                                   | 14 63 10 210                                                                                                    |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 851800010                                                                                                       |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                 | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                                                                 |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, Mostowa 6                                                                                       |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 146324231                                                                                                       |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                      |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                 |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                 | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Zespół Przychodni Specjalistycznych Sp. z o.o.                                                                  |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1                                                                  |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 146324257                                                                                                       |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 16.04.2021                                                                                                      |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                 |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                                 | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Hala Sportowo Widowiskowa                                                        |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, ul. Gumńska 28                                                                                  |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 146882576, 146882577                                                                                            |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 21.04.2021                                                                                                      |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 14.09.2021                                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 173</b> |                                                                                                                 | 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/ telefon:                                   | 122654955                                                                                                       |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 357182303                                                                                                       |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                 | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Poradnia Lekarza POZ                                                                                            |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-515, Generała Tadeusza Kutrzeby 4                                                                    |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 122654600                                                                                                       |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                      |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                 |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 174</b> |                                                                                                                 | 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/ telefon:                                   | 18 2646 601                                                                                                     |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 492029880                                                                                                       |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                 | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza rodzinnego                                                                                     |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY TARG, 34-400, al. Mikołaja Kopernika 7                                                                     |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 182646160                                                                                                       |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                      |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                 |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 175</b> |                                                                                                                 | 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/ telefon:                                   | 126442946                                                                                                       |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 851777095                                                                                                       |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                 | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Gabinet Pielęgniarki POZ                                                                                        |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-976, Osiedle Szkolne 9                                                                               |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 126441642                                                                                                       |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                      |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                 |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 176</b> |                                                                                                                 | 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/ telefon:                                   | 12 41 12 644                                                                                                    |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 357161979                                                                                                       |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                 | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                                                                 |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW-ŚRÓDMIEŚCIE, 31-435, Radomska 36                                                                         |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 124112644                                                                                                       |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                      |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                 |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 177</b> |                                                                                                                 | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                                                                 |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW-ŚRÓDMIEŚCIE, 31-435, Radomska 36                                                                         |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 124112644                                                                                                       |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                      |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                 |                    |                                             |

|                                                     |                                                                                                   |                           |                                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|
| 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                                                                                         |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Jagiellońskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. - Punkt Szczepień | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-832, Osiedle Jagiellońskie 1                                                           |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 728427285                                                                                         |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                        |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 178</b> |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | NZOZ "PRAKTIMED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                          |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-422, ul. Strzelców 15                                                                  |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 12 41 14 124; 41 13 382                                                                           |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357180340                                                                                         |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | punkt szczepień NZOZ "PRAKTIMED" Sp. z o.o.                                                       | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-422, Strzelców 15                                                                      |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 124114124                                                                                         |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                        |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 179</b> |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| 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                                                                                         |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia domowego leczenia tlenem                                                                 | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-131, Młodej Polski 7                                                                   |                           | <b>2</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 12415812                                                                                          |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                        |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień Galeria Bronowice                                                                 | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-346, ul. Stawowa 61                                                                    |                           | <b>4</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 124158112                                                                                         |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 12.07.2021                                                                                        |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień Galeria Czyżyny                                                                   | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-870, ul. Medweckiego 2                                                                 |                           | <b>4</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 124158112                                                                                         |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 27.09.2021                                                                                        |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień Galeria Bonarka                                                                   | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-644, ul. Henryka Kamieńskiego 11                                                       |                           | <b>3</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 123522330                                                                                         |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 20.12.2021                                                                                        |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 180</b> |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| 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                                                                                         |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                                    | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW-KROWODRZA, 31-322, Józefa Mehoffera 6                                                      |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 126383818                                                                                         |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                        |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                              | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-350, Zachodnia 5/12A                                                                   |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 122676260                                                                                         |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                        |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 181</b> |                                                                                                   | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kozłówek Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością            |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-664, ul. Na Kozłowiec 29                                                               |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 12 6502016                                                                                        |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 357206363                                                                                         |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                   | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-664, NA KOZŁÓWCE 29                                                                    |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 126502016                                                                                         |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                        |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                   | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-664, NA KOZŁÓWCE 29                                                                    |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 126502026                                                                                         |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                        |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                           |                                                    |

|                                                     |                                                                                                      |                    |                                             |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 182</b> |                                                                                                      | szczenie personelu | szczenie 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/ telefon:                                   | 32 21 11 566, 21 10 005                                                                              |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 357201615                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna Nr 2                                                            |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRZESZCZE, 32-620, Piłsudskiego 6                                                                    | -                  | POP                                         |
| telefon/ telefon                                    | 32 21 10 005                                                                                         |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                           |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 183</b> |                                                                                                      | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZY RODZINNYCH BOREK FAŁĘCKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                    |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-389, UL. PROF. BOLESŁAWA WIKTORA WICHERKIEWICZA 23                                        |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 12 25 74 025                                                                                         |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 356657365                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ - Niemcewicz                                                                    |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-424, Juliana Ursyna Niemcewicza 7                                                         | -                  | POP                                         |
| telefon/ telefon                                    | 122662710                                                                                            |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                           |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                      | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Poradnia Lekarzy Rodzinnych Borek Fałęcki filia Raciborska                                           |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-324, ul. Raciborska 17                                                                    | -                  | POP                                         |
| telefon/ telefon                                    | 122573885                                                                                            |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 16.04.2021                                                                                           |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 184</b> |                                                                                                      | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | "MEDBUK" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                     |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BUKOWNO, 32-332, ul. Zwycięstwa 9                                                                    |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 32 64 21 033 32 64 60 303                                                                            |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 357078920                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                                                      |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BUKOWNO, 32-332, Zwycięstwa 9                                                                        | -                  | POP                                         |
| telefon/ telefon                                    | 32 64 21 033                                                                                         |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                           |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 185</b> |                                                                                                      | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | "CHIRAMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                   |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Orkana 20b                                                                  |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 18 267 67 54                                                                                         |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 492027058                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Centrum Medyczne w Tymbarku Punkt Szczepień                                                          |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TYMBARK, 34-650, 315                                                                                 | -                  | POP                                         |
| telefon/ telefon                                    | 183325220                                                                                            |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                           |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 186</b> |                                                                                                      | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ "ESKULAP" SPÓŁKA CYWILNA EWA MAJDA, BERNARDA PUSZCZEWICZ I MAŁGORZATA WITEK |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLKUSZ, 32-300, ul. Króla Kazimierza Wielkiego 28                                                    |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 32 64 74 030                                                                                         |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 357216261                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Centrum Opieki Medycznej ESKULAP - PUNKT SZCZEPIEN                                                   |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLKUSZ, 32-300, Króla Kazimierza Wielkiego 28                                                        | -                  | POP                                         |
| telefon/ telefon                                    | 326474030                                                                                            |                    | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                           |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 187</b> |                                                                                                      | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | "OLMED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                      |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLKUSZ, 32-300, ul. Zofii Nałkowskiej 1                                                              |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                   | 32 64 33 713                                                                                         |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 357108382                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEN                                                                                      |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLKUSZ, 32-300, Nałkowskiej 1                                                                        | -                  | POP                                         |
| telefon/ telefon                                    | 326433795                                                                                            |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                           |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 188</b> |                                                                                                      | szczenie personelu | szczenie 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/ telefon:                                   | 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/ telefon                                  | 184450352                                                                                                                              |                    | 1                                           |
| 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/ telefon                                  | 18 35 14 610                                                                                                                           |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 492041029                                                                                                                              |                    |                                             |
| 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 | BOBOWA, 38-350, Węgierska 25                                                                                                           |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 183514610                                                                                                                              |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                             |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                        |                    |                                             |
| 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/ telefon                                  | 126334033                                                                                                                              |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 120056884                                                                                                                              |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                                        | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | CMC Cracow Medicum Center Poradnia lekarza POZ                                                                                         | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-002, Prądnicka 10                                                                                                           |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 126334033                                                                                                                              |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                             |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                        |                    |                                             |
| 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/ telefon                                  | 18 26 62 148                                                                                                                           |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 492045323                                                                                                                              |                    |                                             |
| 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, Wojska Polskiego 14                                                                                                 |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 182662148                                                                                                                              |                    | 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 podstawowej opieki zdrowotnej                                                                                                 | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY TARG, 34-400, Marii Pajerskiej 8A                                                                                                 |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 185491666                                                                                                                              |                    | 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 POZ                                                                                                                           | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OCHOTNICA GÓRNA, 34-453, os. Zawady 205                                                                                                |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 182624111                                                                                                                              |                    | 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:                                            | Gabinet lekarza POZ                                                                                                                    | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĘTOWNIA, 34-242, 269                                                                                                                  |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 182773005                                                                                                                              |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                             |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                        |                    |                                             |
| 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/ telefon                                  | 32 64 41 029                                                                                                                           |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 357208244                                                                                                                              |                    |                                             |
| 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 | WOLBROM, 32-340, Skalska 22                                                                                                            |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 326441029                                                                                                                              |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                             |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                        |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 193      |                                                                                                                                        | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Pro-med Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                  |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-909, os. Na Skarpie 6                                                                                                       |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 12 64 49 520, 12 64 41 756                                                                                                             |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 357186666                                                                                                                              |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                                        | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | "Pro-med" Sp. z o. o. PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                  | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-909, os. Na Skarpie 6                                                                                                       |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 126441756                                                                                                                              |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                                                                                             |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                        |                    |                                             |
| 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                                                                                                           |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Samodzielny Niepubliczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Szalowej Lisik Tomasz               | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZALOWA, 38-331, 419                                                                                                |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 183523023                                                                                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                     |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 195</b> |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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                                                                                                           |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet lekarza POZ                                                                                                 | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BOBOWA, 38-350, Św.Zofii 4                                                                                          |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 183514444                                                                                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                     |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 196</b> |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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                                                                                                           |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczepień                                                                                                   | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOSZYCE, 32-130, Moniuszki 11                                                                                       |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 413514010                                                                                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                     |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 197</b> |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA "MEDYCYNĄ" 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                                                                                                           |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA MIEJSKA W ALWERNI                                                                                       | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ALWERNIA, 32-566, GĘSIKOWSKIEGO 16                                                                                  |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 122832167                                                                                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                     |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 198</b> |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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                                                                                                           |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                                                      | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-131, Młodej Polski 7                                                                                     |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 126375370                                                                                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                     |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 199</b> |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                              | "CENTRUM MEDYCYNY RODZINNEJ SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY - GRZYWACZ & LIGĘZA & CZEPIEL-PAJERSKA"                       |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY TARG, 34-400, ul. Szaflarska 93 C                                                                              |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 18 26 40 040                                                                                                        |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 492045530                                                                                                           |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Centrum Medycyny Rodzinnej                                                                                          | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY TARG, 34-400, Szaflarska 93 C                                                                                  |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 182640040                                                                                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                     |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 200</b> |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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                                                                                                           |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Zabawie                                                             | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZABAWA, 33-133, Bł. Karoliny Kózkówny 83/1                                                                          |                              | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 146226012                                                                                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                     |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 201</b> |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |

|                                                   |                                                                                                   |                    |                                             |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| nazwa:                                            | ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                   |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLKUSZ, 32-300, ul. Króla Kazimierza Wielkiego 110                                                |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 32 6470105                                                                                        |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 357226874                                                                                         |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                   | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                   | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLKUSZ, 32-300, Króla Kazimierza Wielkiego 110                                                    |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 326470105                                                                                         |                    |                                             |
| 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/ telefon:                                 | 12 26 96 141                                                                                      |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 357067039                                                                                         |                    |                                             |
| 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, 30-315, Szwedzka 27                                                                       |                    | 2                                           |
| telefon/ telefon                                  | 12 26 96 141                                                                                      |                    |                                             |
| 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/ telefon:                                 | 12 29 47 011                                                                                      |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 357209640                                                                                         |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                   | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej                                                     | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-053, Kronikarza Galla 25                                                               |                    | 3                                           |
| telefon/ telefon                                  | 122947011                                                                                         |                    |                                             |
| 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 Popiełuski 2A                                                    |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 122761957                                                                                         |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 357223456                                                                                         |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                   | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | punkt szczepień                                                                                   | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKAWINA, 32-050, Ks.J.Popiełuski 2a                                                               |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 122761957                                                                                         |                    |                                             |
| 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/ telefon:                                 | 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.                              | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRYBÓW, 33-330, Kościuszki 17                                                                     |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 184450310                                                                                         |                    |                                             |
| 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/ telefon:                                 | 14 65 30 015                                                                                      |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 851803964                                                                                         |                    |                                             |
| 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 | RZEPIENNIK STRYZEWSKI, 33-163, 396                                                                |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 515515509                                                                                         |                    |                                             |
| 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                                                                           | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TUCHÓW, 33-170, Zielona 15                                                                        |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 146523301                                                                                         |                    |                                             |
| 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 Kolodziej                         |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKLICZYN, 32-840, ul. Tarnowska 9                                                                |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 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                           |                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 208</b> |                                                                                                                  | szczenie personelu | szczenie 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                                                                                                        |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                  | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | LASERMED                                                                                                         | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY TARG, 34-400, Krzywka 17                                                                                    |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                   | 188880200                                                                                                        |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                       |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                  | 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, Krzywka 17                                                                                    |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                   | 188880200                                                                                                        |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                       |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 209</b> |                                                                                                                  | szczenie personelu | szczenie 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                                                                                                        |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                  | 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                           |                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 210</b> |                                                                                                                  | szczenie personelu | szczenie 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                                                                                                        |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                  | 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                           |                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 211</b> |                                                                                                                  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARSKI KRYSZYNA KOCAŃDA-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                                                                                                        |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                  | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Praktyka Lekarza Rodzinnego GABINET LEKARSKI KRYSZYNA KOCAŃDA-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                           |                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 212</b> |                                                                                                                  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Świątnikach Górnych Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością              |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŚWIĄTNIKI GÓRNE, 32-040, ul. Krakowska 2                                                                         |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 12 27 04 899                                                                                                     |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 357246776                                                                                                        |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                  | 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                           |                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 213</b> |                                                                                                                  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŻABNIE                                                             |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZABNO, 33-240, ul. Aleja Piłsudskiego 7                                                                          |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 14 64 56 557                                                                                                     |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 852481706                                                                                                        |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                  | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Przychodnia Rejonowa w Żabnie                                                                                    | -                  | 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                           |                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                  | 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:                                            | Wielki 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 Symbarku                      |                    |                                             |
| 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                           |                                                                                                                        |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 220</b> |                                                                                                                        | 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                                                                                                              |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                        | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt szczyień                                                                                                         |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MOSZCZENICA, 38-321, Gorlicka 185                                                                                      | -                  | POP                                         |
| telefon/ telefony                                   | 183541885                                                                                                              |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              |                                                                                                                        |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 09.03.2021                                                                                                             |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 221</b> |                                                                                                                        | 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                                                                                                              |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                        | 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                              |                                                                                                                        |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 09.03.2021                                                                                                             |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 222</b> |                                                                                                                        | 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                                 | 362232170                                                                                                              |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                        | 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                              |                                                                                                                        |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 09.03.2021                                                                                                             |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 223</b> |                                                                                                                        | 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                                                                                                              |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                        | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt Szczyień                                                                                                         |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLKUSZ, 32-300, gen. Buchowieckiego 15A                                                                                | -                  | POP                                         |
| telefon/ telefony                                   | 501605410                                                                                                              |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              |                                                                                                                        |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 09.03.2021                                                                                                             |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 224</b> |                                                                                                                        | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "UMAMED" SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY : URSZULI RYDAROWSKIEJ-POLIŃSKIEJ I ANDRZEJA SOKOŁOWSKIEGO |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GORLICE, 38-300, ul. Słoneczna 11                                                                                      |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 183546900                                                                                                              |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 492728341                                                                                                              |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                        | 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                              |                                                                                                                        |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 09.03.2021                                                                                                             |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 225</b> |                                                                                                                        | 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                                                                                                              |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                        | 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                              |                                                                                                                        |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 09.03.2021                                                                                                             |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 226</b> |                                                                                                                        | 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                                                                                                              |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                        | 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                              |                                                                                                                        |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 09.03.2021                                                                                                             |                    |                                             |

|                                                     |                                                                                         |                        |                                             |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                        |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                         | <b>rodzaj punktu *</b> | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                    | -                      | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSOWA-ZDRÓJ, 38-316, 109                                                               |                        | <b>1</b>                                    |
| telefon/ telefony                                   | 183530262                                                                               |                        |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                              |                        |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                        |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 227</b> |                                                                                         | 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                                                                               |                        |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>rodzaj punktu *</b> | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Gabinet lekarza internisty                                                              | -                      | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIELOGŁOWY, 33-311, 45                                                                  |                        | <b>2</b>                                    |
| telefon/ telefony                                   | 184432510                                                                               |                        |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                              |                        |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                        |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 228</b> |                                                                                         | 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                                                                               |                        |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>rodzaj punktu *</b> | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Przychodnia Medycyny Rodzinnej                                                          | -                      | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SPYTKOWICE, 34-745, 26                                                                  |                        | <b>1</b>                                    |
| telefon/ telefony                                   | 182688581                                                                               |                        |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                              |                        |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                        |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 229</b> |                                                                                         | 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                                                                               |                        |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>rodzaj punktu *</b> | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Gabinet Lekarza POZ Kasinka Mała MEDYCYNĄ RODZINNĄ                                      | -                      | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KASINKA MAŁA, 34-734, 822                                                               |                        | <b>1</b>                                    |
| telefon/ telefony                                   | 183313031                                                                               |                        |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                              |                        |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                        |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                         | <b>rodzaj punktu *</b> | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Gabinet Lekarza POZ Raba Niżna MEDYCYNĄ RODZINNĄ                                        | -                      | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RABA NIŻNA, 34-730, 218                                                                 |                        | <b>1</b>                                    |
| telefon/ telefony                                   | 183316060                                                                               |                        |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                              |                        |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                        |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 230</b> |                                                                                         | szczenie personelu     | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | BULEK - MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                     |                        |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CZARNY DUNAIEC, 34-470, ul. Ignacego Mościckiego 5                                      |                        |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 18 26 57 010                                                                            |                        |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 385260547                                                                               |                        |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>rodzaj punktu *</b> | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                    | -                      | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIEKIELNIK, 34-472, 129 C                                                               |                        | <b>1</b>                                    |
| telefon/ telefony                                   | 182639099                                                                               |                        |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                              |                        |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                        |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 231</b> |                                                                                         | 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                                                                               |                        |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>rodzaj punktu *</b> | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | nzoż Sękowa                                                                             | -                      | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SĘKOWA, 38-307, 323                                                                     |                        | <b>1</b>                                    |
| telefon/ telefony                                   | 183518092                                                                               |                        |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                              |                        |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                        |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 232</b> |                                                                                         | 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                                                                               |                        |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>rodzaj punktu *</b> | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Ośrodek Medycyny Rodzinnej                                                              | -                      | <b>POP</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KLIKUSZOWA, 34-404, 40a                                                                 |                        | <b>1</b>                                    |
| telefon/ telefony                                   | 182651424                                                                               |                        |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                              |                        |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                        |                                             |

|                                                     |                                                                                                                                 |                       |                                             |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 233</b> |                                                                                                                                 | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GMINIE NOWY TARG MAŁGORZATA KOZIOL, MICHALINA ŚLEMP, IRENA GROMNICKA-JOPEK SPÓŁKA JAWNA |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LUŻMIERZ, 34-471, ul. Podhalańska 2                                                                                             |                       |                                             |
| telefon/ telefonny:                                 | 18 26 55 524                                                                                                                    |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 492836852                                                                                                                       |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                 | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Praktyka Lekarza Rodzinnego w Luźmierzu                                                                                         | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LUŻMIERZ, 34-471, Podhalańska 2                                                                                                 |                       | 1                                           |
| telefon/ telefonny                                  | 182655524                                                                                                                       |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                      |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                 |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                                 | 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                                                                                                |                       | 1                                           |
| telefon/ telefonny                                  | 182653923                                                                                                                       |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                      |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                 |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                                                 | 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                                                                                                    |                       | 1                                           |
| telefon/ telefonny                                  | 182851323                                                                                                                       |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                      |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                 |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                                                                 | 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                                                                                                            |                       | 1                                           |
| telefon/ telefonny                                  | 182656037                                                                                                                       |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                      |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                 |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 234</b> |                                                                                                                                 | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNY RODZINNEJ GNOJNIK I SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                    |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GNOJNIK, 32-864, 537                                                                                                            |                       |                                             |
| telefon/ telefonny:                                 | 14 68 69 965                                                                                                                    |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 120046070                                                                                                                       |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                 | 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                                                                                                            |                       | 1                                           |
| telefon/ telefonny                                  | 146869965                                                                                                                       |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                      |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                 |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 235</b> |                                                                                                                                 | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDIC S.C.                                                                                |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TYLMANÓWA, 34-451, os. Bliszcz 223                                                                                              |                       |                                             |
| telefon/ telefonny:                                 | 18 262 50 26                                                                                                                    |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 492836438                                                                                                                       |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                 | 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                                                                                              |                       | 1                                           |
| telefon/ telefonny                                  | 182625026                                                                                                                       |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                      |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                 |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 236</b> |                                                                                                                                 | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                              | ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "LEGE ARTIS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                   |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIECZ, 38-340, ul. Przedmieście Dolne 167                                                                                       |                       |                                             |
| telefon/ telefonny:                                 | 13 4470044                                                                                                                      |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 369230636                                                                                                                       |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                 | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Zakład Opieki Zdrowotnej "Legę ARTIS"                                                                                           | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIECZ, 38-340, Przedmieście Dolne 167                                                                                           |                       | 1                                           |
| telefon/ telefonny                                  | 134470044                                                                                                                       |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                      |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                 |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 237</b> |                                                                                                                                 | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                              | PROMED P.LACH R.GŁOWACKI SPÓŁKA JAWNA                                                                                           |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-513, ul. Olszańska 5G                                                                                                |                       |                                             |
| telefon/ telefonny:                                 | 0126498552                                                                                                                      |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 356678232                                                                                                                       |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                 | 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                                                                                                    |                       | 1                                           |
| telefon/ telefonny                                  | 124151101                                                                                                                       |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                      |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                 |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 238</b> |                                                                                                                                 | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szerzynie                                                                      |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZERZYNY, 38-246, 26                                                                                                            |                       |                                             |
| telefon/ telefonny:                                 | 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 | SZERZYNY, 38-246, 26                                                                                 |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 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/ telefon:                                 | 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/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 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/ telefon:                                 | 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/ telefon                                  | +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 | PALECZNICA, 32-109, ul. Francuska 10                                                                 |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 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 | PALECZNICA, 32-109, Francuska 10                                                                     |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 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 | ZABORÓW, 32-821, 90                                                                                  |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 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 | ZABORÓW, 32-821, 90                                                                                  |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 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/ telefon:                                 | 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/ telefon                                  | 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/ telefon:                                 | 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/ telefon                                  | 66256288                                                                                             |                    | 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                                                                                                 |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ "HIPOKRATES"                                                                                         | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KĘTY, 32-650, Henryka Sienkiewicza 13                                                                     |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 33 84 75 800                                                                                              |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                           |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 246</b> |                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ESCULAP ANNA TOKARCZYK ADAM GĘBKA SPÓŁKA JAWNA                      |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MUSZYNA, 33-370, UL. ZEFIRKA 6                                                                            |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 18 47 77 819                                                                                              |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 492933874                                                                                                 |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA POZ                                                                                       | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MUSZYNA, 33-370, ZEFIRKA 6                                                                                |                           | <b>3</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 184777819                                                                                                 |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                           |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 247</b> |                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | Halina Szczerbińska                                                                                       |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | HWKOWA, 32-861, 609                                                                                       |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 14 68 44 310                                                                                              |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 850123397                                                                                                 |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                                  | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | HWKOWA, 32-861, 458                                                                                       |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 146844310                                                                                                 |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                           |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 248</b> |                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | Barbara Szczodrowska                                                                                      |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁĄCKO, 33-390, 565                                                                                        |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 18 4446666                                                                                                |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 490717267                                                                                                 |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet pielęgniarstwa irodowskowsko-rodzinnej NZOZ - Praktyka Lekarza Rodzinnego Barbara Szczodrowska    | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁĄCKO, 33-390, 662                                                                                        |                           | <b>2</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 184446666                                                                                                 |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                           |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 249</b> |                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| 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                                                                                                 |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ MEDYK Sp. z o.o.                                                                                     | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZCZUROWA, 32-820, Rynek 1                                                                                |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 146714777                                                                                                 |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                           |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 250</b> |                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| 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                                                                                                 |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia Lekarza POZ                                                                                      | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-236, al. 29 Listopada 178A                                                                     |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 126654285                                                                                                 |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                           |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 251</b> |                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| 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                                                                                                 |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PRZY BASENIE" Sp. z o.o.                                           | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ANDRYCHÓW, 34-120, Aleja Adama Wietrznego 3                                                               |                           | <b>2</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 338704990                                                                                                 |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                           |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 252</b> |                                                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |

|                                                     |                                                                                   |                        |                                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------|
| nazwa:                                              | Mirosław 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                                                                         |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet Lekarza Rodzinnego                                                        | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JURKÓW, 32-860, 379/3                                                             |                        | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 146842202                                                                         |                        |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                        |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                   |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 253</b> |                                                                                   | szczenie personelu     | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:                                              | Dariusz Drożdż "DARMED"                                                           |                        |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CZCHÓW, 32-860, ul. Sądecka 183                                                   |                        |                                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 14 68 43 090                                                                      |                        |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 851701850                                                                         |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "DARMED"                                    | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CZCHÓW, 32-860, Sądecka 183                                                       |                        | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 146843090                                                                         |                        |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                        |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                   |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia medycyny rodzinnej w Czachowie Filia w Złotej                            | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZŁOTA, 32-859, -                                                                  |                        | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 146639009                                                                         |                        |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                        |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 01.06.2021                                                                        |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 254</b> |                                                                                   | 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                                                                         |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ESKULAP" s.c.                              | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZCZAWNICA, 34-460, Jana Wiktora 17a                                              |                        | <b>2</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 182622219                                                                         |                        |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                        |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                   |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 255</b> |                                                                                   | 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                                                                         |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                     | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZCZYZNEC, 34-623, 188                                                            |                        | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 183320400                                                                         |                        |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                        |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                   |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 256</b> |                                                                                   | 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                                                                         |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "CERTUS" filia w Myślenicach ul. Jagiełły 1 | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MYŚLENICE, 32-400, Władysława Jagiełły 1                                          |                        | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 123127120                                                                         |                        |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                        |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                   |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "CERTUS"                                    | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MYŚLENICE, 32-400, Drogowców 5                                                    |                        | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 122725670                                                                         |                        |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                        |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                   |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 257</b> |                                                                                   | 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                                                                         |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | DOCTUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                    | -                      | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MYŚLENICE, 32-400, Szpitalna 2                                                    |                        | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefony                                   | 531161255                                                                         |                        |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                        |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                   |                        |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 258</b> |                                                                                   | szczenie personelu     | szczenie populacyjne                               |
| nazwa:                                              | KADŁUŻKA SŁAWOMIR NZOZ "CENTRUM PROMOCJI I OCHRONY ZDROWIA"                       |                        |                                                    |

|                                                   |                                                                                                                       |                    |                                             |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAGÓRZE, 32-555, ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 226                                                                |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 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                                                                                  | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BABICE, 32-551, JANA GOŁĄBA 1                                                                                         |                    | 2                                           |
| telefon/ telefon                                  | 326134101                                                                                                             |                    |                                             |
| 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                                                                                       | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PSARY, 32-545, WSPÓLNA 6                                                                                              |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 326115105                                                                                                             |                    |                                             |
| 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/ telefon                                  | 505 132 102                                                                                                           |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 850265536                                                                                                             |                    |                                             |
|                                                   |                                                                                                                       |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                       | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej INMED                                                                           | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLISKA, 33-172, 231A                                                                                               |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 146527200                                                                                                             |                    |                                             |
| 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/ telefon                                  | 224504500                                                                                                             |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 140723603                                                                                                             |                    |                                             |
|                                                   |                                                                                                                       |                    |                                             |
| 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, 30-392, Opolska 114                                                                                           |                    | 4                                           |
| telefon/ telefon                                  | 223322888                                                                                                             |                    |                                             |
| 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, 30-418, Księdza Józefa Tischnera 8                                                                            |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 223322888                                                                                                             |                    |                                             |
| 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 | KRAKÓW, 30-415, Wadowicka 8W                                                                                          |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 223322888                                                                                                             |                    |                                             |
| 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                                                                                                  | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-216, Andrzeja Frycza-Modrzewskiego 2                                                                       |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 223322888                                                                                                             |                    |                                             |
| 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                                                                        | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Józefa Poniatowskiego 2                                                                        |                    | 3                                           |
| telefon/ telefon                                  | 798816134                                                                                                             |                    |                                             |
| 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 Powszechnych - Szkoła Podstawowa nr 21                                                                | -                  | PSP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Rokitińskich 26                                                                                |                    | 2                                           |
| telefon/ telefon                                  | 798816134                                                                                                             |                    |                                             |
| 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/ telefon                                  | 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                                                      | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIBIAŻ, 32-590, GÓRNICZA 5                                                                                            |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 32 624 21 36, 32 627 04 51                                                                                            |                    |                                             |
| 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 | OŚWIĘCIM, 32-600, Chemików 5                                                                                          |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 33 8449381                                                                                                            |                    |                                             |
| 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                             |                    | 1                                           |
| 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                        |                    | 1                                           |
| 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                          |                    | 1                                           |
| 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 Mysłachowice                          | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MYSŁACHOWICE, 32-543, ul. Trzebińska 7                      |                    | 1                                           |
| 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 | BOŁĘCIN, 32-540, ul. Topolowa 2                             |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 326458359                                                   |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 27.09.2021                                                  |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                             |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 262      |                                                             | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie SP20Z |                    |                                             |
| 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                          |                    | 2                                           |
| 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                          |                    | 4                                           |
| telefon/ telefony                                 | 126308324                                                   |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 22.04.2021                                                  |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.03.2022                                                  |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 263      |                                                             | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | INSTYTUT GRUŹLICY I CHOROŢ 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 CHOROŢ PŁUC             | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RABKA-ZDRŹ, 34-700, ul. Prof. Jana Rudnika 3B               |                    | 1                                           |
| 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 CHOROŢ PŁUC                             | P                  | -                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RABKA-ZDRŹ, 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      |                                                             | szczenie personelu | szczenie 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                               | 852752594                                                   |                    |                                             |
| 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                  |                    | 1                                           |
| 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 Rodzinna nMedica                                | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Parkowa 2                               |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 14 628 41 43                                                |                    |                                             |
|                                                   |                                                             |                    |                                             |

|                                                     |                                                                                               |                    |                                             |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 265</b> |                                                                                               | 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                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | 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                                                        |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 123885199                                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 266</b> |                                                                                               | 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                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | 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                                                  |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 122890330                                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 267</b> |                                                                                               | 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                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | 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                                                                          |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 182673187                                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 268</b> |                                                                                               | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | Marek Jaworski                                                                                |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSIELEC, 34-234, 540                                                                          |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 18 7773907                                                                                    |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 490177820                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | 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                                                                          |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 182773907                                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 269</b> |                                                                                               | 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                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | 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                                                        |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 185400200                                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 270</b> |                                                                                               | 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                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | 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                                                                             |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 183534120                                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 271</b> |                                                                                               | 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                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | 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                                                     |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 724179020                                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                    |                                             |

|                                                     |                                                                               |                    |                                             |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 272</b> |                                                                               | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | ARKADIUSZ STRIUS EUROMED NZOZ                                                 |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIELICZKA, 32-020, ul. Bolesława Szpunara 19                                  |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 12 27 84 000                                                                  |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 350993122                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | 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/ telefon                                    | 122784000                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 273</b> |                                                                               | 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/ telefon                                    | 14 61 05 359                                                                  |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 120209595                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | 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/ telefon                                    | 146105359                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 274</b> |                                                                               | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | Zuzanna Rejowska                                                              |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STARY SĄCZ, 33-340, ul. Mickiewicza 39                                        |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 18 44 63 346                                                                  |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 120213929                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | 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/ telefon                                    | 184463346                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 275</b> |                                                                               | 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/ telefon                                    | 18 26 11 758                                                                  |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 120331623                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | 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/ telefon                                    | 182611758                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 276</b> |                                                                               | 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/ telefon                                    | 18 20 77 521                                                                  |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 120321576                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | 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/ telefon                                    | 182077201                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                               | 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/ telefon                                    | 182077201                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 277</b> |                                                                               | 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/ telefon                                    | 14 67 13 131                                                                  |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 120509067                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | 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/ telefon                                    | 146713131                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 278</b> |                                                                               | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | "SZPITAL MIEJSKI W RABCE-ZDROJU" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ      |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RABKA-ZDRÓJ, 34-700, ul. Słoneczna 3                                          |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 18 26 77 001                                                                  |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 120480323                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

|                                                     |                                                                    |                       |                                             |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| nazwa:                                              | Izba Przyjęć Szpital w Rabce Punkt Szczepień                       | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RABKA ZDRÓJ, 34-700, ul. Słoneczna 3                               |                       | 2                                           |
| telefon/ telefony                                   | 512283247                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 279</b> |                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                              | Tadeusz Magiera                                                    |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LIPINKI, 38-305, 52                                                |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 13 447 70 19                                                       |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 370131758                                                          |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Gabinet diagnostyczno - zabiegowy                                  |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRYG, 38-305, 446                                                  |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 134479003                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 280</b> |                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie 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                                                          |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | 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                                               |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 338775003                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 281</b> |                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                              | CENTRUM ZDROWIA TUCHÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ     |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TUCHÓW, 33-170, ul. Szpitalna 1                                    |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 14 65 35 100                                                       |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 120446616                                                          |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | 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                                    |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 14 65 35 100                                                       |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                    | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                    |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TUCHÓW, 33-170, Kolejowa 88                                        |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 146535101                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                    | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                    |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIERZCHOSŁAWICE, 33-122, 398                                       |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 53329632                                                           |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                    | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                    |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CIĘŻKOWICE, 33-190, Zdrowa 1                                       |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 53329632                                                           |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                    | 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                                           |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 534497529, 536180975                                               |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 21.04.2021                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 14.09.2021                                                         |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 282</b> |                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie 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                                                          |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | 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                                               |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 146532630                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 283</b> |                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                              | LARMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                     |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-548, ul. Lwowska 17/1                                   |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 12 65 63 014                                                       |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 356871868                                                          |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | 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                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 284</b> |                                                                                               | 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                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | 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                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 285</b> |                                                                                               | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | Wojciech Sikora                                                                               |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MAKÓW PODHAŁAŃSKI, 34-220, ul. 3 Maja 45a                                                     |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 18 28 73 225                                                                                  |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 492924970                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                               | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TOPORZYSKO, 34-240, 250 250                                                                   |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                   | 182873225                                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 286</b> |                                                                                               | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | NZOZ PROFAMILIA MARIUSZ PUCHTA                                                                |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PORĄBKĄ USZĘWSKA, 32-854, 301                                                                 |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 14 66 56 780                                                                                  |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 852528247                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | NZOZ PROFAMILIA                                                                               | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PORĄBKĄ USZĘWSKA, 32-854, 301                                                                 |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                   | 146656780                                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 287</b> |                                                                                               | 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:                                  | 0122627878                                                                                    |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 120452433                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | 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                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 288</b> |                                                                                               | 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                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | 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                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 289</b> |                                                                                               | 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                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | 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                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 290</b> |                                                                                               | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | SPECJALMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                            |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DOBRCZYCE, 32-410, ul. Zarabie 35C                                                            |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 508329635                                                                                     |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 120778092                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Poradnia Lekarza POZ                                                                          | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DOBRCZYCE, 32-410, Zarabie 35c                                                                |                    |                                             |

|                                                     |                                                                                             |                              |                                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 508329634                                                                                   |                              | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                             |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                             | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                              | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIŚNIOWA, 32-412, 317                                                                       |                              |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 508329634                                                                                   |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                             |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                             | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                              | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RACIECHOWICE, 32-415, 330                                                                   |                              |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 508329634                                                                                   |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                             |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                             | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                        | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KASINKA MAŁA, 34-734, 822                                                                   |                              |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 508329634                                                                                   |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                             |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                                             | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Specjalmed Sp.z o.o.                                         | -                            | <b>PSP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DOBRCZYCE, 32-410, ul. Podgórska 2                                                          |                              |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 122711284                                                                                   |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 22.04.2021                                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 16.11.2021                                                                                  |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>               |                                                                                             | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień Trzemeśnia                                                                  | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Trzemeśnia, 32-425, Trzemeśnia 218                                                          |                              |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 510090854                                                                                   |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 13.08.2021                                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                             |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 291</b> |                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                              | Jarosław Zachara                                                                            |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BORZĘCIN, 32-825, 87B                                                                       |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 14 68 46 009                                                                                |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 850509056                                                                                   |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                             | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                                             | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BORZĘCIN, 32-825, 87b                                                                       |                              |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 146846009                                                                                   |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                             |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 292</b> |                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                              | HOLI-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                            |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DĘBNO, 32-852, 380                                                                          |                              |                                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 14 66 50 145                                                                                |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 120547582                                                                                   |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                             | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | HOLI - MED Sp.z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej                                  | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DĘBNO, 32-852, 380                                                                          |                              |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 146650145                                                                                   |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                             |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 293</b> |                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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                                                                                   |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                             | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia medycyny rodzinnej                                                                 | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRZESZÓW, 34-206, 217                                                                       |                              |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 338748175                                                                                   |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                             |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 294</b> |                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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                                                                                   |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                             | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ (NZOZ) PRZYCHODNIA ZDROWIA W LACHOWICACH MAREK COGIEL | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LACHOWICE, 34-232, 195b                                                                     |                              |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 338748012                                                                                   |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                  |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                             |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 295</b> |                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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                                                |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 338747026                                                              |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                             |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 296      |                                                                        | szczenie personelu | szczenie 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:                                            | NZOZ Centrum Medyczne "Gastro-Medical"                                 | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOCMYRZÓW, 32-010, Spółdzielców 3                                      |                    | 2                                           |
| telefon/ telefony                                 | 126472028                                                              |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                             |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 297      |                                                                        | szczenie personelu | szczenie 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 PODŁĘŻU Z SIEDZIBĄ W PODGRABIU                      | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIEPOŁOMICE, 32-005, UL. SPORTOWA 1                                    |                    | 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                                 |                    | 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 Podłężu                                                  | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PODŁĘŻE, 32-003, Podłęże 467                                           |                    | 1                                           |
| 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                                       |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 122816836                                                              |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 26.03.2021                                                             |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 298      |                                                                        | szczenie personelu | szczenie 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                                   |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 122837023                                                              |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                             |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 299      |                                                                        | szczenie personelu | szczenie 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                                                    |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 338740008                                                              |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                             |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 300      |                                                                        | szczenie personelu | szczenie 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                                        |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 146501111                                                              |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2021                                                             |                    |                                             |

|                                                     |                                                                                                                  |                    |                                             |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 301</b> |                                                                                                                  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | LUBOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                  |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOCMYRZÓW, 32-010, ul. Wąwózowa 2                                                                                |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 123872081                                                                                                        |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 121119859                                                                                                        |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                  | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LUBOMED                                                                    |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOCMYRZÓW, 32-010, Wąwózowa 2                                                                                    |                    |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 12 38 72 081                                                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                       |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 13.07.2021                                                                                                       |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 302</b> |                                                                                                                  | 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                                                                                                        |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                  | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE PROMED Sp. z o. o. Punkt szczyt                                                                 |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BOLESŁAW, 32-329, ŁASKOWSKA 4A                                                                                   |                    |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 32 64 24 147                                                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                       |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 03.01.2022                                                                                                       |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 303</b> |                                                                                                                  | 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                                                                                                        |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                  | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | NZOZ "ESKULAP" - Przychodnia wielospecjalistyczna                                                                |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | IWANOWICE DWORSKIE, 32-095, Jurszka 27                                                                           |                    |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 123884399                                                                                                        |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                       |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                  | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | NZOZ "ESKULAP" - Rehabilitacja                                                                                   |                    |                                             |
| 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                           |                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 304</b> |                                                                                                                  | 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                                                                                                        |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                  | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Przychodnia Rodzinna s.c.                                                                                        |                    |                                             |
| 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                           |                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 305</b> |                                                                                                                  | 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                                                                                                        |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                  | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | NZOZ CENTRUM MEDYCZNY RODZINNEJ S.C.                                                                             |                    |                                             |
| 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                           |                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 306</b> |                                                                                                                  | 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                                                                                                        |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                  | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | NZOZ ARSMEDICA SP. Z O.O.                                                                                        |                    |                                             |
| 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                           |                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 307</b> |                                                                                                                  | 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                                                                                                        |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                  | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              |                                                                                                                  |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |                                                                                                                  |                    |                                             |
| telefon/ telefony                                   |                                                                                                                  |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              |                                                                                                                  |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                  |                    |                                             |

|                                                     |                                                                                                                            |                    |                                             |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| nazwa:                                              | Poradnia (gabinet) lekarza POZ                                                                                             | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY SĄCZ, 33-300, al. Aleje Stefana Batorego 77                                                                           |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                   | 18 44 20 006                                                                                                               |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                 |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 308</b> |                                                                                                                            | 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                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | 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                           |                                                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt szczyt                                                                                                               | -                  | 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                           |                                                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 309</b> |                                                                                                                            | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | "BERGER I SAIDAK - 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                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | 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                           |                                                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 310</b> |                                                                                                                            | 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                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | 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                           |                                                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 311</b> |                                                                                                                            | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | PRAKTYKA GRUPOWA PEDIATRYCZNO-INTERNISTYCZNA - LEKARZE E. BALUK-SYREK & A. KRZYZOW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRZCZONÓW, 32-435, 733                                                                                                     |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 122747551                                                                                                                  |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 356383264                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | 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                           |                                                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                            | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt Szczyt w Krzczonowie                                                                                                 | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRZCZONÓW, 32-435, Krzczonów 733                                                                                           |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                   | 122747551                                                                                                                  |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 13.08.2021                                                                                                                 |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 312</b> |                                                                                                                            | 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                                 | 85264028                                                                                                                   |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | 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                           |                                                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 313</b> |                                                                                                                            | 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                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | 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                           |                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 314</b> |                                                                                                  | 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                                                                                        |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                  | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                  |                    | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CHOMRANICE, 33-394, 10                                                                           | -                  |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 184433308                                                                                        |                    | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                       |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 315</b> |                                                                                                  | 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                                                                                        |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                  | 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                                                                    | -                  |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 609155258                                                                                        |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                       |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 316</b> |                                                                                                  | 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                                                                                        |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                  | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                  |                    | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MURZASICHLE, 34-531, Sądejska 55                                                                 | -                  |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 182001360                                                                                        |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                       |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 317</b> |                                                                                                  | 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                                                                                        |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                  | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | ZOZ PULS MED                                                                                     |                    | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRZESKO, 32-800, Legionów Piłsudskiego 27A                                                       | -                  |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 146853200                                                                                        |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                       |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 318</b> |                                                                                                  | 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                                                                                        |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                  | 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                                                                          | -                  |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 124426200                                                                                        |                    | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                       |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 319</b> |                                                                                                  | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIE "ESKULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA                 |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIECZ, 38-340, ul. Tysiąclecia 3                                                                 |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 13 4471808                                                                                       |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 122588906                                                                                        |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                  | 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                                                                     | -                  |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 13 4471808                                                                                       |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                       |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                  | 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                                                                             | -                  |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 134475051                                                                                        |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                       |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                  | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Przychodnia w Rożnowicach                                                                        |                    | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ROŻNOWICE, 38-323, 326                                                                           | -                  |                                             |

|                                                     |                                                                                                |                           |                                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 13 4476003                                                                                     |                           | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                     |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 320</b> |                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| 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                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Sanatorium Uzdrowiskowe "LEŚNIK-DRZEWIARZ" Sp. z o.o.                                          |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, Podgórna 1                                                              | -                         | POP                                                |
| telefon/ telefony                                   | 184712861                                                                                      |                           | 4                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                     |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 321</b> |                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| 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                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                                 |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW-PODGÓRZE, 30-612, Przykopy 13                                                           | -                         | POP                                                |
| telefon/ telefony                                   | 607 370 036                                                                                    |                           | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                     |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 322</b> |                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | NOWA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                               |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WADOWICE, 34-100, ul. Emilii i Karola Wojsków 19                                               |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 602694045                                                                                      |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 122720553                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet lekarza POZ                                                                            |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WADOWICE, 34-100, E i K Wojsków 19                                                             | -                         | POP                                                |
| telefon/ telefony                                   | 602694045                                                                                      |                           | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                     |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 323</b> |                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| 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                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Bonus-Med                                                                                      |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KAMIONKA WIELKA, 33-334, 465                                                                   | -                         | POP                                                |
| telefon/ telefony                                   | 184456060                                                                                      |                           | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                     |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 324</b> |                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PCIM, 32-432, 1                                                                                |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 12 27 48 501                                                                                   |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 122734242                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PCIM, 32-432, 5                                                                                | -                         | POP                                                |
| telefon/ telefony                                   | 122748501                                                                                      |                           | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                     |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 325</b> |                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | CARDEA KUCA MALINA LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA                                                   |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZUROWA, 38-247, 7                                                                              |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 14 65 13 685                                                                                   |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 122509002                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Przychodnia Rodzinna CARDEA                                                                    |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZUROWA, 38-247, 7                                                                              | -                         | POP                                                |
| telefon/ telefony                                   | 146513685                                                                                      |                           | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                     |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 326</b> |                                                                                                | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| 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                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                           |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADGOSZCZ, 33-207, PLAC ŚW. KAZIMIERZA 3                                                       | -                         | POP                                                |
| 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/ telefon                                  | 146413306                                                                        |                    | 1                                           |
| 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/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 182657488                                                                        |                    | 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:                                            | ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY TARG, 34-400, Tysiąclecia 111                                               |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 182657488                                                                        |                    | 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:                                            | ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                | -                  | 1                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MSZANA DOLNA, 34-730, Orkana 10                                                  |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 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, Chyćów Potok 26                                                |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 182657488                                                                        |                    | 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 - ALLMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | -                  | PSP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKOPANE, 34-500, Chyćów Potok 26                                                |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 182657488                                                                        |                    | 2                                           |
| 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/ telefon                                  | 182657488                                                                        |                    | 1                                           |
| 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/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 124192010                                                                        |                    | 1                                           |
| 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/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 326200293                                                                        |                    | 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 Powszechnych Vitalis                                             | -                  | PSP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBINIA, 32-540, os. Widokowe 21                                               |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 73433494                                                                         |                    | 2                                           |
| 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/ telefon                                  | +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 Bozego                                       | 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      |                                                                                                 | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | CENTRUM MEDYCZNE VIS MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-930, Osiedle Centrum C 8                                                             |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 604094365                                                                                       |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 382468589                                                                                       |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                 | 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      |                                                                                                 | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| 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                    |                                                                                                 | 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      |                                                                                                 | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | CENTRUM MEDYCZNE SIEPRAW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEPRAW, 32-447, ul. Jana Pawła II 38                                                           |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 12 274 61 22                                                                                    |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 123032192                                                                                       |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                 | 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      |                                                                                                 | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | PLUSZYŃSKA JOLANTA                                                                              |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, ul. Wileńska 3                                                                |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 604 266 050                                                                                     |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 273805462                                                                                       |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                 | 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      |                                                                                                 | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | AMICUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                  |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MASZKÓW, 32-095, ul. Prosta 19                                                                  |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 12 388 41 38, 602 650 400                                                                       |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 122640475                                                                                       |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                 | 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      |                                                                                                 | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | INSTYTUT MEDYCYN Y 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                                                                        |                       |                                             |

|                                                     |                                                                   |                    |                                             |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| 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                           |                                                                   |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 337</b> |                                                                   | 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                                                         |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                   | 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                           |                                                                   |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 338</b> |                                                                   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | FAMILIA MEDICINA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ          |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | IWANOWICE WŁOŚCIAŃSKIE, 32-095, ul. ul. Jana Pawła II 23          |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 604 503 149                                                       |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 123227990                                                         |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                   | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Familia Medicina Gabinet Lekarza POZ                              |                    | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRZYBYSLAWICE, 32-046, 78                                         | -                  | 1                                           |
| telefon/ telefony                                   | +48535628912                                                      |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                        |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                   |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                   | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Familia Medicina Zakład Leczniczy w Węgrzcach                     |                    | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WĘGRZCZE, 32-086, Węgrzce A10/56                                  | -                  | 2                                           |
| telefon/ telefony                                   | 535628912                                                         |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 23.08.2022                                                        |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                   |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 339</b> |                                                                   | 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                                                         |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                   | 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                           |                                                                   |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 340</b> |                                                                   | 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                                                         |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                   | 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                           |                                                                   |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 341</b> |                                                                   | 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                                                         |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                   | 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                           |                                                                   |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 342</b> |                                                                   | 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                                                         |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                   | 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                    | -                  |                                             |

|                                                     |                                                                                          |                    |                                             |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 504-742-221                                                                              |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                               |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 343</b> |                                                                                          | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | "PRZYCHODNIA RODZINNA" SPÓŁKA JAWNA J.KUTA, A.KORZEC, M.JASIŃSKI                         |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZCZUCIN, 33-230, ul. Jakuba Przyluskiego 1                                              |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 14 641 02 20, 721 353 441                                                                |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 361633671                                                                                |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | "PRZYCHODNIA RODZINNA" SPÓŁKA JAWNA J.KUTA, A.KORZEC, M.JASIŃSKI                         |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZCZUCIN, 33-230, Przyluskiego 1                                                         | -                  | POP                                         |
| telefon/ telefony                                   | 14 641 02 20                                                                             |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                               |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 344</b> |                                                                                          | 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                                                                                |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MALIMED                                            |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SŁOMNIKI, 32-090, Józefa Poniatowskiego 9                                                | -                  | POP                                         |
| telefon/ telefony                                   | 123576711                                                                                |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                               |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 345</b> |                                                                                          | 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                                                                                |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowy                                                                        |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RABA WYŻNA, 34-721, 64                                                                   | -                  | POP                                         |
| telefon/ telefony                                   | 182671013                                                                                |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                               |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                          | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Ośrodek Zdrowia w Skawie                                                                 |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SKAWA, 34-713, 9                                                                         | -                  | POP                                         |
| telefon/ telefony                                   | 182686022                                                                                |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                               |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 346</b> |                                                                                          | 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                                                                                |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Przychodnia Bocheńska                                                                    |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BOCHNIA, 32-700, Krakowska 27                                                            | -                  | POP                                         |
| telefon/ telefony                                   | 146116363                                                                                |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                               |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                          | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Łapanowie |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁAPANÓW, 32-740, Łapanów 32                                                              | -                  | PSP                                         |
| telefon/ telefony                                   | 695190178                                                                                |                    | 5                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 28.04.2021                                                                               |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 347</b> |                                                                                          | 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                                                                                |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Poradnia chorób wewnętrznych                                                             |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-436, Henryka Wieniawskiego 66/34                                              | -                  | POP                                         |
| telefon/ telefony                                   | 607261197                                                                                |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                               |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 348</b> |                                                                                          | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | "Spółka Gminna Palecznica" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                       |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PALECZNICA, 32-109, ul. św. Jakuba 11                                                    |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 691964034                                                                                |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 361070357                                                                                |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Rehabilitacji Palecznica                   |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PALECZNICA, 32-109, Małopolska 36                                                        | -                  | POP                                         |
| telefon/ telefony                                   | 413848542                                                                                |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                               |                    |                                             |

|                                                     |                                                                                                                            |                    |                                             |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 349</b> |                                                                                                                            | 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/ telefon                                    | 604 594 142                                                                                                                |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 363306083                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Poradnia Lekarza POZ                                                                                                       |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KALWARIA ZEBRZYDOWSKA, 34-130, Marii Konopnickiej 18                                                                       |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 604594142                                                                                                                  |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                 |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 350</b> |                                                                                                                            | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | Centrum Medyczne Południe - Rafał Wyzomski                                                                                 |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CHRZANÓW, 32-500, ul. Jana Pęckowskiego 3                                                                                  |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 791 841 010                                                                                                                |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 366011419                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Przychodnia Rodzinna Południe                                                                                              |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CHRZANÓW, 32-500, Jana Pęckowskiego 3                                                                                      |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 791841010                                                                                                                  |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                 |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 351</b> |                                                                                                                            | 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/ telefon                                    | 123994960                                                                                                                  |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 368801261                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                                            |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-394, Skotnicka 230A                                                                                             |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 123994960                                                                                                                  |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                 |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 352</b> |                                                                                                                            | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | FUNDACJA POD SKRZYDLAMI                                                                                                    |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-698, ul. Matematyków Krakowskich 122A                                                                           |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 126235979                                                                                                                  |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 364399626                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Poradnia Lekarza POZ                                                                                                       |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-418, Zakopiańska 97                                                                                             |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 126235979                                                                                                                  |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                 |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 353</b> |                                                                                                                            | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | MATEUSZ GAŁUSZKA Ośrodek Zdrowia GAMED                                                                                     |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ROPA, 38-312, 680                                                                                                          |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | +48 502 718 774                                                                                                            |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 241192978                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Gabinet lekarza POZ                                                                                                        |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ROPA, 38-312, 680                                                                                                          |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | +48502718774                                                                                                               |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                 |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                            | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Gabinet lekarza POZ                                                                                                        |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | UŚCIE GORLICKIE, 38-315, 155                                                                                               |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | +48502718774                                                                                                               |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                 |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 354</b> |                                                                                                                            | 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/ telefon                                    | 511456418                                                                                                                  |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 380864631                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Zdrowa Huta                                                                                                                |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-914, Wacława Sieroszewskiego 3                                                                                  |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 604941697                                                                                                                  |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                 |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 355</b> |                                                                                                                            | 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/ telefon                                    | 608763854                                                                                                                  |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 383762894                                                                                                                  |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              |                                                                                                                            |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |                                                                                                                            |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    |                                                                                                                            |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              |                                                                                                                            |                    |                                             |

|                                                     |                                                                                                |                    |                                             |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY - GYNCENTRUM ODDZIAŁ KRAKÓW                                    | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-322, Józefa Mehoffera 10                                                            |                    | 2                                           |
| telefon/ telefony                                   | 325065086                                                                                      |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                     |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 356</b> |                                                                                                | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | MOJA PRZYJAZNA PORADNIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRZESZCZE, 32-620, ul. Kościelna 21/8                                                          |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 502336426                                                                                      |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 385398470                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | punkt szczepień Moja Przyjazna Poradnia                                                        |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRZESZCZE, 32-620, Nosala 7                                                                    |                    |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 576141148                                                                                      |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                     |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Moja Przyjazna Poradnia                                         |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRZESZCZE, 32-620, Nosala 7                                                                    |                    |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 515848652                                                                                      |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 26.04.2021                                                                                     |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 03.01.2022                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                                 |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZASOLE, 32-626, ul. Kostka Jagielly 6                                                          |                    |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 797999119                                                                                      |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 28.12.2021                                                                                     |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 357</b> |                                                                                                | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie                                                 |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków                                                                  |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | tel. +48 12 68 76 200                                                                          |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 351564179                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie                                                 |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków                                                                  |                    |                                             |
| telefon/ telefony                                   | tel. +48 609 992 670                                                                           |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                     |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie                                                 |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Focha 33, 30-119 Kraków                                                                    |                    |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 126876378                                                                                      |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 29.03.2021                                                                                     |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 358</b> |                                                                                                | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital im.dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój                                                    |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | tel. +48 18 47 32 400                                                                          |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 000300587                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital im.dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój                                                    |                    |                                             |
| telefon/ telefony                                   | tel. +48 18 473 24 05                                                                          |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                     |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital im.dr. Józefa Dietla w Krynicy-Zdroju |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój                                                    |                    |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 505668349                                                                                      |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                     |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - SPZOZ Szpital Im. dr J. Dietla w Krynicy-Zdroju                 |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój                                                    |                    |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 505668349                                                                                      |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 30.04.2021                                                                                     |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                                | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Liceum Ogólnokształcące w Starym Sączu                          |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STARY SĄCZ, 33-340, Ul. Partyzantów 15                                                         |                    |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 505668349                                                                                      |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 30.04.2021                                                                                     |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 17.08.2021                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 359</b> |                                                                                                | szczenie personelu | szczenie 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                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Szpital Powiatowy w Chrzanowie                                                                 |                    |                                             |

|                                                   |                                                                                                           |                    |                                             |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów                                                                          | W                  | -                                           |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 793 837 751                                                                                      |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 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                                                                          |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 326247029                                                                                                 |                    |                                             |
| 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. Sokola 24                                                                            |                    | 2                                           |
| telefon/ telefony                                 | 326247029                                                                                                 |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 23.04.2021                                                                                                |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 17.08.2021                                                                                                |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 360      |                                                                                                           | szczenie personelu | szczenie 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                                                                             |                    | 3                                           |
| 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                                                                             |                    | 4                                           |
| telefon/ telefony                                 | 571324953                                                                                                 |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 26.04.2021                                                                                                |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                           |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 361      |                                                                                                           | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków                                                                    |                    |                                             |
| 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 Galla 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      |                                                                                                           | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o. o.                                       |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Trynitska 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. Trynitska 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. Trynitska 11, 31-061 Kraków                                                                           |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 123797120                                                                                                 |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 30.04.2021                                                                                                |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                           |                    |                                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 363      |                                                                                                           | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | Nowy Szpital w Olkusz Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                             |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olkusz, 32-300, ul. 1000-lecia 13                                                                         |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                | + 48 41 240 1200                                                                                          |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 320582435                                                                                                 |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                           | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Nowy Szpital w Olkusz Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                             | W                  | -                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olkusz, 32-300, ul. 1000-lecia 13                                                                         |                    |                                             |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 792270230                                                                                        |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 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 | Olkusz, 32-300, ul. 1000-lecia 13                                                                         |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                 | 412402411                                                                                                 |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 26.03.2021                                                                                                |                    |                                             |

|                                                     |                                                                                                  |                           |                                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                  |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                  | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Miejski Ośrodek Sportu i Rekreacji w Olkuszu - Nowy               | -                         | <b>PSP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLKUSZ, 32-300, ul. Wiejska 1A                                                                   |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 512143815                                                                                        |                           | <b>6</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 16.04.2021                                                                                       |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 10.12.2021                                                                                       |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                                  | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Szkoła Podstawowa nr 1 w Wolbromiu                                | -                         | <b>PSP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOLBROM, 32-340, ul. Mariacka 28                                                                 |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 516142346                                                                                        |                           | <b>3</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 04.05.2021                                                                                       |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 10.12.2021                                                                                       |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 364</b> |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny                                               |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Balzera 15, 34-500 Zakopane                                                                  |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | tel. +48 788 221 113                                                                             |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 000296377                                                                                        |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                  | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny                                               | <b>W</b>                  | -                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Balzera 15, 34-500 Zakopane                                                                  |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | tel. +48 788 221 113                                                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                       |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                  |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 365</b> |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | Zespół Opieki Zdrotnej w Suchej Beskidzkiej                                                      |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka                                                         |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | tel. +48 33 872 31 00                                                                            |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 000304415                                                                                        |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                  | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Zespół Opieki Zdrotnej w Suchej Beskidzkiej                                                      | <b>W</b>                  | -                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka                                                         |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | tel. +48 668312916                                                                               |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                       |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                  |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                  | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Hala Sportowa                                                     | -                         | <b>PSP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SUCHA BESKIDZKA, 34-200, ul. Kościelna 5                                                         |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 797120260                                                                                        |                           | <b>5</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 26.04.2021                                                                                       |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 07.09.2021                                                                                       |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 366</b> |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia                                                                 |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | tel. +48 14 61 53 400                                                                            |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 000304349                                                                                        |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                  | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej | <b>W</b>                  | -                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia                                                                 |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | tel. +48 660 610 880                                                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                       |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                  |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                  | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia                                                                 |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146153306                                                                                        |                           | <b>1</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                                       |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                  |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                  | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Zespół Szkół nr 1                                                 | -                         | <b>PSP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BOCHNIA, 32-700, ul. Windakiewicza 23                                                            |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    |                                                                                                  |                           | <b>5</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 12.05.2021                                                                                       |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                  |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 367</b> |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrotnej w Myślenicach                                       |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2                                                             |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | +48 wykaz cz. 6182951                                                                            |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 000300570                                                                                        |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                  | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrotnej w Myślenicach                                       | <b>W</b>                  | -                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2                                                             |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | tel. +48 603 852 893                                                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                       |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                  |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 368</b> |                                                                                                  | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| 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/ telefon:                                   | 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                           |                                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 369</b> |                                                                                                      | 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                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | 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                           |                                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 370</b> |                                                                                                      | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | ZGROMADZENIE SIOSTR 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                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | ZGROMADZENIE SIOSTR 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                           |                                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 371</b> |                                                                                                      | szczenie personelu | szczenie 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                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | 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                           |                                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 372</b> |                                                                                                      | szczenie personelu | szczenie 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                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | 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                           |                                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 373</b> |                                                                                                      | szczenie personelu | szczenie 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                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | 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                           |                                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 374</b> |                                                                                                      | szczenie personelu | szczenie 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                                                                                            |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | 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                           |                                                                                                      |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 375</b> |                                                                                                      | szczenie personelu | szczenie 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                           |                                                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 376</b> |                                                                                                                               | szczenie personelu | szczenie 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                           |                                                                                                                               |                    | 1                                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 377</b> |                                                                                                                               | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | SZPITAL KLINICZNY IM. DR. JÓZEFA BABIŃSKIEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE                        |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków / 30-393 / ul. dr. Józefa Babińskiego 29                                                                               |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | (12)65-24-347                                                                                                                 |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 000298554                                                                                                                     |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                      |                                                                                                                               | 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                           |                                                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 378</b> |                                                                                                                               | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | ŚLĄSKIE CENTRUM REHABILITACYJNO - UZDROWISKOWE IM. DR ADAMA SZEBESTY W RABCE - ŹDROJU 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 - ŹDROJU 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                           |                                                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 379</b> |                                                                                                                               | 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. Przychodnia 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                           |                                                                                                                               |                    | 1                                           |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                      |                                                                                                                               | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Miejskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. Przychodnia 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                           |                                                                                                                               |                    | 1                                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 380</b> |                                                                                                                               | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | Izabella Barbara Barczyk Lekarz                                                                                               |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wolbrom, 32-340, ul. Okrzei 14a                                                                                               |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 606483082                                                                                                                     |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 273719165                                                                                                                     |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                      |                                                                                                                               | 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                           |                                                                                                                               |                    | 1                                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 381</b> |                                                                                                                               | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NAWOJOWIEJ                                                                   |                    |                                             |
| 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                                                                                                                          |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 382</b> |                                                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED SPÓŁKA AKCYJNA                                                                                           |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-195, ul. Żygmunta Stomińskiego 19/524                                                                                 |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 227307007                                                                                                                          |                       |                                             |
| 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                                                                                                                          |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 383</b> |                                                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie 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                                                                                                                          |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 384</b> |                                                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                              | MEDICOVER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                                  |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-807, al. Aleje Jerozolimskie 96                                                                                       |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 22 582 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                                                                                                                          |                       | 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:                                              | CM Kraków Podgórska Punkt Szczepień                                                                                                | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-536, Podgórska 36                                                                                                       |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 500900500                                                                                                                          |                       | 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 Centrum Medicover                                                                                                  | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-358, ul. Jasnogórska 1                                                                                                  |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 500900500                                                                                                                          |                       | 1                                           |
| 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 Medicover                                                                                                  | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-015, ul. Świętokrzyska 14                                                                                               |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 500900500                                                                                                                          |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 22.04.2021                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 385</b> |                                                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                              | POLMED SPÓŁKA AKCYJNA                                                                                                              |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STAROGARD GDAŃSKI, 83-200, os. Mikołaja Kopernika 21                                                                               |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 58 77 50 919                                                                                                                       |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 192110780                                                                                                                          |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                      |                                                                                                                                    | 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                                                                                                                          |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 386</b> |                                                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie 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:                                  | 517575788                                                                                                                          |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 356768082                                                                                                                          |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                      |                                                                                                                                    | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Unicardia & Unimedica Punkt Szczepień p. Covid                                                                                     | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-271, ul. Kluczborska 15/U3                                                                                              |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 660540580                                                                                                                          |                       | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                                                         |                       |                                             |

|                                                     |                                                                                               |                    |                                             |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 387</b> |                                                                                               | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | Robert Roman Weisberger                                                                       |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WADOWICE, 34-100, ul. Sadowa 19A                                                              |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 604050413                                                                                     |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 708000680                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | 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/ telefon                                    | 604050413                                                                                     |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 388</b> |                                                                                               | 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/ telefon                                    | 12 42 73 325                                                                                  |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 121052954                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | 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/ telefon                                    | 12 42 73 325                                                                                  |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 389</b> |                                                                                               | 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 Zygmunta Krasińskiego 9/24B                                         |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 14 67 40 400                                                                                  |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 360616015                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE MULTIMED                                                                     | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRZESKO, 32-800, Os. Władysława Jagiełły 15                                                   |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 124640400                                                                                     |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 390</b> |                                                                                               | 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 118                                                             |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 693424008                                                                                     |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 382992698                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt szczyzeń Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-231, Siewna 4/5                                                                    |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 519775225                                                                                     |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 391</b> |                                                                                               | 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/ telefon                                    | 601 95 10 29                                                                                  |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 122834624                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | 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/ telefon                                    | 124313585                                                                                     |                    | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 392</b> |                                                                                               | 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/ telefon                                    | 12 30 71 877                                                                                  |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 363775547                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | 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/ telefon                                    | 123071877                                                                                     |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 393</b> |                                                                                               | 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/ telefon                                    | 519316845                                                                                     |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 122628511                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | 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/ telefon                                    | 124302208                                                                                     |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                    |                    |                                             |
|                                                     |                                                                                               |                    |                                             |

|                                                     |                                                                               |                    |                                             |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 394</b> |                                                                               | 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/ telefon                                    | 535-333-512                                                                   |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 121294396                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | punkt szczytów Zespołu Transportu Medycznego RM1                              | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-334, Komandosów 18                                                 |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 535333512                                                                     |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 395</b> |                                                                               | 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/ telefon                                    | 577705006                                                                     |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 121148453                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Poradnia chorób wewnętrznych                                                  | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZAGÓRZYCE DWORSKIE, 32-091, Kwitnąca 3                                        |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 691058777                                                                     |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 396</b> |                                                                               | 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/ telefon                                    | 123522525                                                                     |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 360548070                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Szpital Dworska - Punkt Szczytów                                              | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-314, Dworska 18/LU1                                                |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 123627252                                                                     |                    | 3                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 397</b> |                                                                               | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | IZABELA TARCOŃ PRZYŁĄDEK ZDROWIA SPECJALISTYCZNE PORADNIE MEDYCZNE            |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-324, ul. Szwedzka 23/7                                             |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 508180797                                                                     |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 120756825                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt Szczytów                                                                | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-644, Henryka Kamieńskiego 47                                       |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 570577000                                                                     |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 398</b> |                                                                               | 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/ telefon                                    | 516077076                                                                     |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 120193397                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Centrum Szczytów i Medycyny Podróży Solimed                                   | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIELICZKA, 32-020, os. Szymanowskiego 6/LU                                    |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 516077076                                                                     |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 399</b> |                                                                               | 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/ telefon                                    | 519146247                                                                     |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 385197234                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                               | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-820, Aleja Adolfa Dygasińskiego 2D                                 |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 519146247                                                                     |                    | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 400</b> |                                                                               | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | MIŁOŚĆ WOŹNICZKO                                                              |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOLBROM, 32-340, ul. Jesionowa 6                                              |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 602608121                                                                     |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 122511252                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Centrum Medyczne                                                              | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOLBROM, 32-340, Krakowska 27                                                 |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 602608121                                                                     |                    | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                    |                    |                                             |

|                                                     |                                                                                                         |                    |                                             |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                         |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 401</b> |                                                                                                         | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | AGNES PALUCHA, CENTRUM MEDYCZNE CEGIELNIANA                                                             |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-404, ul. Cegielniana 4A                                                                      |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 12 295 08 09                                                                                            |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 120543325                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                         | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Gabinet Zabiegowy                                                                                       |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-404, Cegielniana 4A                                                                          |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 122950809                                                                                               |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                              |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                         |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 402</b> |                                                                                                         | 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/ telefon                                    | 12 42 24 106                                                                                            |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 351005474                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                         | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | "Medicina 2000"                                                                                         |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-540, Rzeźnicza 2                                                                             |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 12 42 24 106                                                                                            |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                              |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                         |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 403</b> |                                                                                                         | 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/ telefon                                    | 583209494                                                                                               |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 220333607                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                         | 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                                                                        |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 122542244                                                                                               |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                              |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                         |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 404</b> |                                                                                                         | 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/ telefon                                    | 12 4467888                                                                                              |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 122894997                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                         | 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                                                                  |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 124467888                                                                                               |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                              |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                         |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 405</b> |                                                                                                         | 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/ telefon                                    | 126211520                                                                                               |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 122854294                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                         | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | punkt szczyień CARINTART SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                        |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-514, Aleja płk. Władysława Beliny-Prażmowskiego 60                                           |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 787567077                                                                                               |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                              |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                         |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 406</b> |                                                                                                         | 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/ telefon                                    | 694207141                                                                                               |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 385060311                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                         | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ SOLMEDICA GABINETY LEKARSKIE                                                            |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SKAWINA, 32-050, Księdza Jerzego Popiełuszki 17A                                                        |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | +48694207141                                                                                            |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                              |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                         |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 407</b> |                                                                                                         | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | KRZYSZTOF KULKA                                                                                         |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MSZANA GÓRKA, 34-733, Mszana Górna 401                                                                  |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 18 331 52 02                                                                                            |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 491958240                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                         | 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                                                     |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 182681024                                                                                               |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                              |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                         |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                         | 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                                                     |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 182681024                                                                                               |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                                                              |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                         |                    |                                             |

|                                                     |                                                                 |                    |                                             |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| nazwa:                                              | Ośrodek Zdrowia w Mszanie Górnej - Punkt Szczepień              | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MSZANA GÓRNA, 34-733, Mszana Górna 491                          |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                   | 668645579                                                       |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                      |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 408</b> |                                                                 | 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                                                       |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Ośrodek Zdrowia w Bystrej - Punkt Szczepień                     | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bystra Podhalańska, 34-235, Bystra Podhalańska 353a             |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                   | 182681024                                                       |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                      |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 409</b> |                                                                 | 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                                                       |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | 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. Ślaska 236                               |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                   | 182681024                                                       |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 09.03.2021                                                      |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 17.02.2022                                                      |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                 | 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                                                      |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 410</b> |                                                                 | szczenie personelu | szczenie 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                                                       |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | 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                           |                                                                 |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                 | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | MOBILNY PUNKT SZCZEPIEŃ 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                           |                                                                 |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 411</b> |                                                                 | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE SKALKA 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                                                       |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE SKALKA 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                           |                                                                 |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 412</b> |                                                                 | szczenie personelu | szczenie 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                                                       |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | 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                           |                                                                 |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 413</b> |                                                                 | szczenie personelu | szczenie 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                                                       |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Przychodnia Rodzinna Skomed                                     |                    | POP                                         |

|                                                     |                                                                                                    |                       |                                             |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ostrów / 33-122 / Ostrów 137                                                                       | -                     | POP                                         |
| telefon/ telefony                                   | 146752041                                                                                          |                       | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 414</b> |                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA ZDROWIA W GROJCU ALEKSANDER KĘPA SPÓŁKA JAWNA                                          |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Grojec / 32-615 / ul. Bartłomieja Chowańca 4                                                       |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 531434284                                                                                          |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 367979531                                                                                          |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA Z SERCEM                                         |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Grojec / 32-615 / ul. Bartłomieja Chowańca 4                                                       |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 531434284                                                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 415</b> |                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie 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                                                                                          |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | NZOO Praktyka Lekarza                                                                              |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bulowice / 32-652 / ul. Różana 46                                                                  |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 605403758                                                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 416</b> |                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie 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                                                                                          |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Publiczny Samodzielny Ośrodek Zdrowia w Radłowie                                                   |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Radłów / 33-130 / ul. Brzeska 9                                                                    |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 146782005                                                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 417</b> |                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                              | Antoni Hudzik                                                                                      |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków / 31-311 / ul. Mursarska 24                                                                 |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 506129126                                                                                          |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 351517317                                                                                          |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | NZOO Gabinet Lekarza Rodzinnego lek. Med. Antoni Hudzik                                            |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Węgrce / 32-086 / A10                                                                              |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 122859457                                                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 418</b> |                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie 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                                                                                          |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Gminny Ośrodek Zdrowia w Łąpczycy                                                                  |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łąpczyca / 32-744 / Łąpczyca 496                                                                   |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 735015450                                                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 419</b> |                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie 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                                                                                          |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Gorczański Ośrodek Medyczny GOR-MED                                                                |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kamienica / 34-608 / Kamienica 403                                                                 |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 183323400                                                                                          |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                                         |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                    |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 420</b> |                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie 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                                                                                          |                       |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | NZOO SERCE SERCU w Mogiłanach                                                                      |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mogiłany / 32-031 / Rynek 4                                                                        |                       |                                             |
|                                                     |                                                                                                    |                       |                                             |
|                                                     |                                                                                                    |                       |                                             |

|                                                     |                                                                           |                           |                                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 122700625                                                                 |                           | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ SERCE SERCU Fila nr 4                                                | -                         | <b>POP</b>                                         |
| 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                           |                                                                           |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 421</b> |                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| 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                                                                 |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Centrum Medyczne Vadimed                                                  | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków / 31-457 / ul. Fiołkowa 6                                          |                           |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 122903139                                                                 |                           | 2                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 422</b> |                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| 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                                 | 491584697                                                                 |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                           | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Czarny Dunajec / 34-470 / Kamieniec Dolny 55                              |                           |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 182657475                                                                 |                           | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                           | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ciche / 34-407 / Ratułów 1c                                               |                           |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 182658132                                                                 |                           | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 423</b> |                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| 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                                                                 |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Laskowej                 | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Laskowa / 34-602 / Laskowa 428                                            |                           |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 183333009; 183378800                                                      |                           | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 424</b> |                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| 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                                                                 |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Centermed Kraków Sp. z o.o.                                               | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków / 31-530 / ul. Św. Łazarza 14                                      |                           |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 123708200                                                                 |                           | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 425</b> |                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| 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                                                                 |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                           | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Niepolomice / 32-005 / ul. Tadeusza Kościuszki 28a                        |                           |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 122500787                                                                 |                           | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 26.03.2021                                                                |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 426</b> |                                                                           | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | Vaxmed Stelmasek Paweł, Jakub Grabski spółka cywilna                      |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa / 02-993 / ul. Brudowa 100F/10                                   |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 794365248                                                                 |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 388216140                                                                 |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                           | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Vaxmed Punkt szczepień - Przzychodnia Skymedic                            | -                         | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków / 31-875 / os. Dwyżoniu 303 62b                                    |                           |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 881221433                                                                 |                           | 1                                                  |

|                                                     |                                                                                                 |                    |                                             |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                              | 29.03.2021                                                                                      |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 427</b> |                                                                                                 | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | Michał Matura Niepolomickie Centrum Profilaktyczno-Lecznicze                                    |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Niepolomice / 32-005 / ul. Stefana Batorego 41C                                                 |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 721621521                                                                                       |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 356878356                                                                                       |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                 | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | NCPL, filia Batorego 57A                                                                        |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Niepolomice / 32-005 / ul. Stefana Batorego 57A                                                 |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 724824924                                                                                       |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 16.04.2021                                                                                      |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 428</b> |                                                                                                 | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | Leokadia Osuch                                                                                  |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-146, ul. Długa 38/219                                                                |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 606530181                                                                                       |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 356740385                                                                                       |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                 | 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                                                                |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 122920606                                                                                       |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 16.04.2021                                                                                      |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                 | 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                                                                     |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 326450051                                                                                       |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 16.04.2021                                                                                      |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 429</b> |                                                                                                 | 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/ telefon                                    | 516125528                                                                                       |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 362471638                                                                                       |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                 | 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                                                         |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 574498666                                                                                       |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 16.04.2021                                                                                      |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 430</b> |                                                                                                 | 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/ telefon                                    | 126237069                                                                                       |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 356819394                                                                                       |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                 | 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                                                               |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 126237069                                                                                       |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 16.04.2021                                                                                      |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 431</b> |                                                                                                 | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | Bogdan Krzykwa                                                                                  |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Tioki 9A                                                                 |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 501348814                                                                                       |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 120672011                                                                                       |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                 | 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                                                         |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 185428678                                                                                       |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 16.04.2021                                                                                      |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 432</b> |                                                                                                 | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA MEDYCZNA POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                             |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-530, ul. Św. Łazarza 14                                                              |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 517734137                                                                                       |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 351496408                                                                                       |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                 | 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. Sołtysowska 35A                                                             |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 123120705                                                                                       |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 16.04.2021                                                                                      |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 433</b> |                                                                                                 | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | PPUH HABA-MED HANNA BROMBOSZCZ-ŚLUSARZYK, WOJCIECH BARTMAN, BERNADETTA BACIA-BOROŃ SPÓŁKA JAWNA |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TRZEBINIA, 32-540, ul. Wiśniowa 14                                                              |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 322109445                                                                                       |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 356392671                                                                                       |                    |                                             |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                      |                                                                                                                                          | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| nazwa:                                              | CENTRUM ZDROWIA HABA-MED.                                                                                                                | -                     | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TRZEBINIA, 32-540, ul. Wiśniowa 14                                                                                                       |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 322109445                                                                                                                                |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 16.04.2021                                                                                                                               |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                          |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 434</b> |                                                                                                                                          | szczepienie personelu | szczepienie 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/ telefony                                   | 124467500                                                                                                                                |                       | 7                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 21.04.2021                                                                                                                               |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                          |                       |                                             |
| 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/ telefony                                   | 126372791                                                                                                                                |                       | 7                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 21.04.2021                                                                                                                               |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 24.09.2021                                                                                                                               |                       |                                             |
| 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/ telefony                                   |                                                                                                                                          |                       | 10                                          |
| Data dodania do wykazu                              | 21.04.2021                                                                                                                               |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 14.03.2022                                                                                                                               |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 435</b> |                                                                                                                                          | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                              | Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej Adrian Karasiewicz                                                                                      |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PROSZOWICE, 32-100, ul. Parkowa 10                                                                                                       |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 600802052                                                                                                                                |                       |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 120949895                                                                                                                                |                       |                                             |
| 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/ telefony                                   | 889468258                                                                                                                                |                       | 3                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 22.04.2021                                                                                                                               |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                          |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 436</b> |                                                                                                                                          | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                              | Krzysztof Ślusarczyk Liberaum Ratownictwo Medyczne                                                                                       |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-698, ul. Merkuriusza Polskiego 35                                                                                             |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 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/ telefony                                   | 514784509                                                                                                                                |                       | 8                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 22.04.2021                                                                                                                               |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 24.09.2021                                                                                                                               |                       |                                             |
| 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/ telefony                                   | 514784509                                                                                                                                |                       | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 24.09.2021                                                                                                                               |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 09.04.2022                                                                                                                               |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 437</b> |                                                                                                                                          | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                              | Mateusz Sobczak FIRMA USŁUGOWO - HANDLOWA "DIAGNOZA"                                                                                     |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JAWORZNO, 43-600, ul. Diamentowa 8/22                                                                                                    |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 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   | MYŚLENICE, 32-400, ul. Jordana 3                                                                                                         |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                   | 124446750                                                                                                                                |                       | 5                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 23.04.2021                                                                                                                               |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 31.03.2022                                                                                                                               |                       |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 438</b> |                                                                                                                                          | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                              | NEUROCENTRUM MERTA SPÓŁKA JAWNA                                                                                                          |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JAROSZOWICE, 34-100, Jarosowice 7                                                                                                        |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 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/ telefony                                   | 573154928                                                                                                                                |                       | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 26.04.2021                                                                                                                               |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 08.10.2021                                                                                                                               |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                      |                                                                                                                                          | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | NeuroCentrum Wadowice - Punkt szczepień                                                                                                  |                       | DND                                         |

|                                                     |                                                                    |                    |                                             |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WADOWICE, 34-100, Jarosławice 7                                    | -                  | POP                                         |
| telefon/ telefony                                   | 698026368                                                          |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 08.10.2021                                                         |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 439</b> |                                                                    | 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/ telefony:                                  | 694046042                                                          |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 123143891                                                          |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | 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                          |                    | 3                                           |
| telefon/ telefony                                   | 790203105                                                          |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 26.04.2021                                                         |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 04.11.2021                                                         |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 440</b> |                                                                    | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | Ewa Olchówka                                                       |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OŚWIECIM, 32-600, ul. Bolesława Chrobrego 8/2                      |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 501321608                                                          |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 120151134                                                          |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | ATMA RESCUERS przy placu Słonecznym                                | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OŚWIECIM, 32-600, ul. Piastowska 17                                |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                   | 574809307                                                          |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 27.04.2021                                                         |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 441</b> |                                                                    | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | GENESMANAGER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ               |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-038, ul. Starowiślna 23/BA                              |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 573126589                                                          |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 385200462                                                          |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Centrum Medyczne Skymedic                                          | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-875, os. Dywizjonu 303 62B                              |                    | 5                                           |
| telefon/ telefony                                   | 530520840                                                          |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 27.04.2021                                                         |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 442</b> |                                                                    | 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/ telefony:                                  | 609181778                                                          |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 350805497                                                          |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Ośrodek Medyczny Osteomed s.c. Mirosław Szlachcic, Ewa Szlachcic   | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-074, ul. Kazimierza Wielkiego 57/IV                     |                    | 4                                           |
| telefon/ telefony                                   | 605881068                                                          |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 27.04.2021                                                         |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 443</b> |                                                                    | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | MEDIKAMA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                   |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WĘGRZCE, 32-086, ul. Forteczna 12a                                 |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 668660830                                                          |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 361068159                                                          |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Medikama                            | -                  | PSP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WĘGRZCE, 32-086, ul. Forteczna 12a                                 |                    | 3                                           |
| telefon/ telefony                                   | 539914000                                                          |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 28.04.2021                                                         |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 444</b> |                                                                    | 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/ telefony:                                  | 338703301                                                          |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 851746261                                                          |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień Powszechnych - Miejski Dom Kultury w Andrychowie   | -                  | PSP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ANDRYCHÓW, 34-120, ul. Szewska 7                                   |                    | 4                                           |
| telefon/ telefony                                   | 518314202                                                          |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 29.04.2021                                                         |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                    | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Centrum Medyczne "Kącik" - Punkt Szczepień                         | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ANDRYCHÓW, 34-120, ul. Rynek 26A                                   |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                   | 518314202                                                          |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 06.06.2022                                                         |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 445</b> |                                                                    | 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 Szczepień 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 | NIEPOLOMICE, 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/ telefon                                  | 122810810                                                     |                    | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 25.06.2021                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                               |                    |                                             |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 447      |                                                               | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | Anna Sobańska, Patrycja Rey działające jako wspólniczki s. c. |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-106, ul. Bolesława Komorowskiego 12                |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 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/ telefon                                  | 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/ telefon:                                 | 182679285                                                     |                    |                                             |
| 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/ telefon                                  | 732242801                                                     |                    | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 25.06.2021                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                               |                    |                                             |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 449      |                                                               | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | "ESCULAP" Dyl Spółka Jawna                                    |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MYŚLENICE, 32-400, ul. Żwirki i Wigury 14                     |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 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/ telefon                                  | 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 | MYŚLENICE, 32-400, ul. Żwirki i Wigury 14                     | -                  | APT                                         |
| telefon/ telefon                                  | 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 Trynitańska                                            |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-061, ul. Trynitańska 4                             | -                  | APT                                         |
| telefon/ telefon                                  | 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/ telefon:                                 | 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/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 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/ telefon:                                 | 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/ telefon                                  | 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/ telefon:                                 | 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/ telefon                                    | 126192284                                                            |                        | 2                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 25.06.2021                                                           |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SUPER-PHARM APTEKA                                                   | -                      | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-876, Al. Gen. Tadeusza Bora-Komorowskiego 41/M007         |                        |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 123906462                                                            |                        |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 27.07.2021                                                           |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SUPER-PHARM APTEKA                                                   | -                      | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków, 30-644, ul. H. Kamieńskiego 11/E19+E20+E21                   |                        |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 123907743                                                            |                        |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 17.08.2021                                                           |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SUPER-PHARM APTEKA                                                   | -                      | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowy Sącz, 33-300, ul. Lwowska 80                                    |                        |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 185314630                                                            |                        |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 17.08.2021                                                           |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SUPER-PHARM APTEKA                                                   | -                      | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Modnicza, 32-085, ul. prof. Rożańskiego 32/M3                        |                        |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 123907293                                                            |                        |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 17.08.2021                                                           |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>               |                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SUPER-PHARM APTEKA                                                   | -                      | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zakopane, 34-500, ul. Krupówki 45                                    |                        |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 185314460                                                            |                        |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 17.08.2021                                                           |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>               |                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SUPER-PHARM APTEKA                                                   | -                      | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-154, ul. Pawia 5a/K-330                                   |                        |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 123478430                                                            |                        |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.09.2021                                                           |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                        |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 453</b> |                                                                      | szczepienie personelu  | szczepienie 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                                                            |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka                                                               | -                      | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, ul. Długa 19                                         |                        |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146242400                                                            |                        |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 25.06.2021                                                           |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka                                                               | -                      | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, ul. Czerwonych Kłonów 4                              |                        |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146390980                                                            |                        |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 25.06.2021                                                           |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                        |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 454</b> |                                                                      | szczepienie personelu  | szczepienie 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                                 | 122699586                                                            |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Niezapominajka                                                | -                      | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-261, ul. Rusznikarska 17                                  |                        |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 882929809                                                            |                        |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 25.06.2021                                                           |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 12.07.2021                                                           |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny                              | -                      | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-504, ul. Kalwaryjska 14                                   |                        |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 784034219                                                            |                        |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 25.06.2021                                                           |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 12.07.2021                                                           |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny                              | -                      | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-612, ul. Wincentego Witosa 39                             |                        |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 696872099                                                            |                        |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 25.06.2021                                                           |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 12.07.2021                                                           |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny                              | -                      | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-618, os. Złotego Wieku 80                                 |                        |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 126 471 448                                                          |                        |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 01.12.2021                                                           |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny                              | -                      | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-618, os. Złotego Wieku 80                                 |                        |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 788 656 022 126 479 000                                              |                        |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 25.06.2021                                                           |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 12.07.2021                                                           |                        |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 455</b> |                                                                      | szczepienie personelu  | szczepienie 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                                 | 120363853                                                            |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny                              | -                      | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-836, ul. Jerzmanowskiego 12A                              |                        |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 666036514                                                            |                        |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 25.06.2021                                                           |                        |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 12.07.2021                                                           |                        |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                   |                                                                   |                    |                                             |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| nazwa:                                            | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny                           | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY TARG, 34-400, ul. Rynek 19                                   |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 696872966                                                         |                    |                                             |
| 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, 31-844, os. Kazimierzowskie 37                            |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 694710120                                                         |                    |                                             |
| 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 Niezapominajka dla całej rodziny                           | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIECHÓW, 32-200, ul. Józefa Piłsudskiego 1                        |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 666036517                                                         |                    |                                             |
| 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/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 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/ telefon:                                 | 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/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 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. Wyszlouchów 30a                               |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 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                    |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 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                        |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 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                     |                    | 2                                           |
| telefon/ telefon                                  | 660010850                                         |                    |                                             |
| 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  |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 728777815                                         |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 08.11.2021                                        |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                   |                    |                                             |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 457      |                                                   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | "LEKCITO" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYBNIK, 44-200, ul. Jana III Sobieskiego 1        |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 182621962                                         |                    |                                             |
| 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                 |                    | 3                                           |
| telefon/ telefon                                  | 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                             |                    | 3                                           |
| telefon/ telefon                                  | 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            |                    | 3                                           |
| telefon/ telefon                                  | 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                |                    | 2                                           |
| telefon/ telefon                                  | 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       |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 184716112                                         |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 25.06.2021                                        |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                   |                    |                                             |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 458      |                                                   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | HIPOKRATES CHOŃSKI SZYDLŌWSKA SPÓŁKA JAWNA        |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-616, os. Złotego Wieku 19-20           |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 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                |                    | 3                                           |
| telefon/ telefon                                  | 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           |                    | 2                                           |
| telefon/ telefon                                  | 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             |                    | 2                                           |
| telefon/ telefon                                  | 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 Śmiejskiego 7/7     |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 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                   |                    | 2                                           |
| telefon/ telefon                                  | 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                   |                    | 2                                           |
| telefon/ telefon                                  | 666036511                                         |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 24.11.2021                                        |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                   |                    |                                             |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 460      |                                                   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | APTEKA FŁOS A.MATUSIŃSKA SPÓŁKA JAWNA             |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOB CZYCE, 32-410, ul Rynek 16                    |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 122711005                                         |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 357502363                                         |                    |                                             |

|                                                     |                                                                     |                           |                                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka FLOS                                                         | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DOBRCZYCE, 32-410, ul Rynek 16                                      |                           | <b>2</b>                                           |
| telefon/ telefon                                    | 122711005                                                           |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 25.06.2021                                                          |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                     |                           |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 461</b> |                                                                     | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | APTEKA ORAWSKA T. DZIUBEK SPÓŁKA JAWNA                              |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JABLONKA, 34-480, ul. Sobieskiego 6                                 |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 885551144                                                           |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 122997390                                                           |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Niezapominalka dla całej rodziny                             | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JABLONKA, 34-480, ul. Sobieskiego 6                                 |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefon                                    | 797108715                                                           |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 25.06.2021                                                          |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 12.07.2021                                                          |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Niezapominalka dla całej rodziny                             | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JABLONKA, 34-480, ul. 3-go Maja 9                                   |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefon                                    | 885551144                                                           |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 30.06.2021                                                          |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 12.07.2021                                                          |                           |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 462</b> |                                                                     | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | APTEKA RODZINNA MGR FARM. KAMIL OLSZANECKI I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WADOWICE, 34-100, ul. Podgórska 6                                   |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 338738113                                                           |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 070615796                                                           |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Centrum Dla Zdrowia                                          | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SPYTKOWICE, 34-116, ul. Rynek 32                                    |                           | <b>2</b>                                           |
| telefon/ telefon                                    | 334766332                                                           |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 25.06.2021                                                          |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                     |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Rodzinna Centrum Dla Zdrowia                                 | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Stryków, 34-146, Stryków 626                                        |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefon                                    | 338797779                                                           |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 17.08.2021                                                          |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                     |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Podhalanin                                                   | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WADOWICE, 34-100, ul. Wojska Polskiego 17                           |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefon                                    | 730203463                                                           |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 24.08.2021                                                          |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                     |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Rodzinna Centrum Dla Zdrowia                                 | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WADOWICE, 34-100, ul. Podgórska 6                                   |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefon                                    | 338738113                                                           |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 30.08.2021                                                          |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                     |                           |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 463</b> |                                                                     | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | IzaFarm Izabela Drwięga                                             |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RUDA ŚLĄSKA, 41-706, ul. Marii Rodziewiczówny 2                     |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 507467999                                                           |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 386350821                                                           |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Niezapominalka dla całej rodziny                             | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRZESKO, 32-800, ul. Adama Mickiewicza 29                           |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefon                                    | 507467999                                                           |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 25.06.2021                                                          |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                     |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Niezapominalka dla całej rodziny                             | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZIELONKI, 32-087, ul. Krakowskie Przedmieście 87                    |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefon                                    | 796736389                                                           |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 25.06.2021                                                          |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 12.07.2021                                                          |                           |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 464</b> |                                                                     | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | GLG GROUP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                   |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GNOJNIK, 32-864, Gnojnik 527                                        |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 501364198                                                           |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 362675536                                                           |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Rumianek                                                     | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GNOJNIK, 32-864, Gnojnik 527                                        |                           | <b>2</b>                                           |
| telefon/ telefon                                    | 146648255                                                           |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 25.06.2021                                                          |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                     |                           |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 465</b> |                                                                     | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | CEFARM ŚLĄSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ               |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GDYNIA, 81-304, ul. Śląska 53/B102                                  |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 226114750                                                           |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 272045210                                                           |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka "Dr.Max"                                                     | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOLBROM, 32-340, ul. Mariacka 6                                     |                           | <b>2</b>                                           |
| telefon/ telefon                                    | 502579035                                                           |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 25.06.2021                                                          |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                     |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka "Dr.Max"                                                     | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-580, Aleja Pokoju 67                                     |                           | <b>1</b>                                           |
| telefon/ telefon                                    | 122965656                                                           |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 30.06.2021                                                          |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 21.10.2021                                                          |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka "Dr.Max"                                                     | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-663, ul. Wielicka 259/L14A                               |                           | <b>3</b>                                           |
| telefon/ telefon                                    | 571245841                                                           |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 29.01.2022                                                          |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                     |                           |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 466</b> |                                                                     | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | "DIAFAR" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                    |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CHRZANÓW, 32-500, ul. Kościuski 18                                  |                           |                                                    |

|                                                     |                                                                                      |                           |                                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|
| telefon/ telefon:                                   | 326231339                                                                            |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 273507109                                                                            |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka "DIAFAR" Sp. z o.o                                                            | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CHRZANÓW, 32-500, ul. Kołciuski 18                                                   |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 326231339                                                                            |                           | 4                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 25.06.2021                                                                           |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 467</b> |                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | APTEKA VITA MARIA KUCHARSKA-PITAŁA, GABRIELA PITAŁA-TYNOR, JAKUB PITAŁA SPÓŁKA JAWNA |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-698, ul. Szybisko 158                                                     |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 126490767                                                                            |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 356905290                                                                            |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | DOZ Apteka. Dbam o Zdrowie. Vita                                                     | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-383, ul. Lubostroń 15                                                     |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 122571137                                                                            |                           | 10                                                 |
| Data dodania do wykazu                              | 25.06.2021                                                                           |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | DOZ Apteka. Dbam o Zdrowie. Vita                                                     | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-826, ul. Komuny Paryskiej 1a                                              |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 531330083                                                                            |                           | 10                                                 |
| Data dodania do wykazu                              | 28.09.2021                                                                           |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | DOZ Apteka. Dbam o Zdrowie Vita                                                      | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SKAWINA, 32-050, ul. Korabnicka 7A                                                   |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 504906149                                                                            |                           | 10                                                 |
| Data dodania do wykazu                              | 13.01.2022                                                                           |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 468</b> |                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | Angelika Nizińska                                                                    |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-654, ul. Edwarda Heila 14                                                 |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 503547182                                                                            |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 121649405                                                                            |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Orchis                                                                        | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-693, ul. Adama Bochenka 10/5                                              |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 123450605                                                                            |                           | 3                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 25.06.2021                                                                           |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 469</b> |                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | Szosta Apteka Zdrowit Spółka z o.o.                                                  |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Piekary Śląskie, 41-943, ul. Diamentowa 3                                            |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 338464531                                                                            |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 243431230                                                                            |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Zdrowit                                                                       | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Śniadeckiego 23-39                                             |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 338464531                                                                            |                           | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 25.06.2021                                                                           |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 12.07.2021                                                                           |                           |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 470</b> |                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | Ewa Panczakiewicz-Pawłega                                                            |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-427, ul. Stefana Ziobrowskiego 1/3                                        |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 126539053                                                                            |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 120344962                                                                            |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka "Na Złocieniu"                                                                | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-798, ul. Nefrytowa 4                                                      |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 126539053                                                                            |                           | 3                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 25.06.2021                                                                           |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 471</b> |                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | AQUA PTASZYŃSKA MICHAŁAK SPÓŁKA JAWNA                                                |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLKUSZ, 32-300, ul. Króla Kazimierza Wielkiego 28                                    |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 326412949                                                                            |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 382882194                                                                            |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Gemini                                                                        | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLKUSZ, 32-300, ul. Króla Kazimierza Wielkiego 28                                    |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 326412949                                                                            |                           | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 25.06.2021                                                                           |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 472</b> |                                                                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | BRL CENTER - POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                          |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WROCLAW, 54-613, ul. Krzemieniecka 60A                                               |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 515080317                                                                            |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 932836174                                                                            |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka "Dr. Max"                                                                     | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOLBROM, 32-340, os. Skalska 22                                                      |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 326457864                                                                            |                           | 2                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 25.06.2021                                                                           |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Dr. Max Apteka Centrum Tanich Leków                                                  | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-201, ul. Bratysławska 4                                                   |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 126264458                                                                            |                           | 2                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 30.06.2021                                                                           |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 13.10.2021                                                                           |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka "Dr. Max"                                                                     | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ANDRYCHÓW, 34-120, ul. 27-go stycznia 9                                              |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 338770213                                                                            |                           | 1                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 30.06.2021                                                                           |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                      |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                      | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu", liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Dr. Max Apteka Centrum Tanich Leków                                                  | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-201, ul. Bratysławska 4                                                   |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 126264458                                                                            |                           | 3                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 14.02.2022                                                                           |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                      |                           |                                                    |

|                                                     |                                                           |                    |                                             |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 473</b> |                                                           | 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/ telefon                                    | 512171730                                                 |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 366766253                                                 |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                           | 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/ telefon                                    | 338411117                                                 |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 30.06.2021                                                |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                           |                    |                                             |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 474</b> |                                                           | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | URSZULA DOBOSZEWSKA                                       |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-056, ul. Estery 3                              |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 124292673                                                 |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 120811139                                                 |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                           | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Apteka Esterka                                            | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-056, ul. Estery 3                              |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 124292673                                                 |                    | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 30.06.2021                                                |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                           |                    |                                             |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 475</b> |                                                           | 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/ telefon                                    | 502294202                                                 |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 276918787                                                 |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                           | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Apteka" Dr. Max"                                          | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-346, ul. Ślawowa 61/16                         |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 122650327                                                 |                    | 3                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 05.07.2021                                                |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                           |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                           | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Apteka" Dr. Max"                                          | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY TARG, 34-400, ul. Królowej Jadwigi 17                |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 182649935                                                 |                    | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 03.02.2022                                                |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                           |                    |                                             |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 476</b> |                                                           | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | APTEKA DOBRA DUBIEL SPÓŁKA JAWNA                          |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DOBRA, 34-642, Dobra 426                                  |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 183330779                                                 |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 120525379                                                 |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                           | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Apteka DOBRA                                              | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DOBRA, 34-642, Dobra 426                                  |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 183330779                                                 |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 05.07.2021                                                |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                           |                    |                                             |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 477</b> |                                                           | 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/ telefon                                    | 226310747                                                 |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 146278914                                                 |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                           | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Apteka FARMACJA 24                                        | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BOCHNIA 32-700, ul. Różana 19                             |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 146135377                                                 |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 05.07.2021                                                |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                           |                    |                                             |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 478</b> |                                                           | 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/ telefon                                    | 338424473                                                 |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 121529876                                                 |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                           | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Apteka 4 Pory Roku                                        | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Słowackiego 1                       |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 338424473                                                 |                    | 3                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 12.07.2021                                                |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                           |                    |                                             |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 479</b> |                                                           | 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/ telefon                                    | 695400336                                                 |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 121446831                                                 |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                           | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Apteka 4 Pory Roku                                        | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CHRZANÓW, 32-500, ul. Rynek 2                             |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 326450609                                                 |                    | 3                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 12.07.2021                                                |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                           |                    |                                             |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 480</b> |                                                           | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | Anna Stobierska                                           |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-219, ul. Koło Strzelnicy 2                     |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 508369493                                                 |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 369523574                                                 |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                           | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | ZIKO APTEKA                                               | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-219, ul. Koło Strzelnicy 2                     |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 124483220                                                 |                    | 4                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 12.07.2021                                                |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                           |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                           | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | ZIKO APTEKA                                               | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-206, ul. KSIĘCIA JÓZEFA 20 LOK 0.4             |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 123951179                                                 |                    | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 13.08.2021                                                |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                           |                    |                                             |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 481</b> |                                                           | 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/ telefon                                    | 122724090                                                 |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 356790450                                                 |                    |                                             |

|                                                     |                                                     |                              |                                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Mandragora                                   | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MYŚLENICE, 32-400, ul. Władysława Jagiełły 2        |                              | 3                                                  |
| telefon/ telefon                                    | 122724090                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 13.07.2021                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 482</b> |                                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                              | VINCENT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ     |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-216, ul. Legnicka 5                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 122611587                                           |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 472261108                                           |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | ZIKO Apteka                                         | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-382, ul. Kobierzyńska 93/10u             |                              | 3                                                  |
| telefon/ telefon                                    | 124481785                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 13.07.2021                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | ZIKO Apteka                                         | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-425, al. 29 Listopada 65                 |                              | 3                                                  |
| telefon/ telefon                                    | 124481636                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 13.07.2021                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | ZIKO Apteka                                         | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, ul. Polskiego Czerwonego Krzyża 26  |                              | 2                                                  |
| telefon/ telefon                                    | 146968991                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 19.07.2021                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | ZIKO Apteka                                         | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-040, ul. Królewska 47                    |                              | 3                                                  |
| telefon/ telefon                                    | 124481761                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 20.07.2021                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | ZIKO Apteka                                         | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Myślenice, 32-400, ul. Słoneczna 2E/0.15            |                              | 2                                                  |
| telefon/ telefon                                    | 13951148                                            |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04.08.2021                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>               |                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | ZIKO Apteka                                         | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-504, ul. Kalwaryjska 12                  |                              | 3                                                  |
| telefon/ telefon                                    | 124481725                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.12.2021                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>               |                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Ziko Apteka Tanie Leki                              | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLKUSZ, 32-300, ul. Króla Kazimierza Wielkiego 24   |                              | 2                                                  |
| telefon/ telefon                                    | 324388630                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.02.2022                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>               |                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Ziko Apteka                                         | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY TARG, 34-400, ul. Jana Kilirskiego 20          |                              | 1                                                  |
| telefon/ telefon                                    | 184489450                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 01.09.2022                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 483</b> |                                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                              | ZIKO APTEKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-216, ul. Legnicka 5                      |                              |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 126875700                                           |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 120228256                                           |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | ZIKO Apteka                                         | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-800, ul. Aleksandry 11                   |                              | 3                                                  |
| telefon/ telefon                                    | 124481606                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 13.07.2021                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka ZIKO                                         | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, ul. Wąłowa 2                        |                              | 1                                                  |
| telefon/ telefon                                    | 146968992                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 27.07.2021                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka ZIKO                                         | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków, 31-625, os. Piastów 60                      |                              | 2                                                  |
| telefon/ telefon                                    | 124481607                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 03.08.2021                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka ZIKO                                         | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków, 31-834, Os. Jagiellońskie 19/23U            |                              | 1                                                  |
| telefon/ telefon                                    | 124481631                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 05.08.2021                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka ZIKO                                         | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków, 31-952, os. Uroczę 1/U005                   |                              | 3                                                  |
| telefon/ telefon                                    | 124481618                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 17.08.2021                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>               |                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka ZIKO                                         | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków, 31-201, ul. Bratysławska 2/68               |                              | 1                                                  |
| telefon/ telefon                                    | 124481609                                           |                              |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 17.08.2021                                          |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                     |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>               |                                                     | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |                                                       |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>               |                                                       | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | APTEKA OGÓLNODOSTĘPNA ZIKO                            | -                         | APT                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków, 31-108, ul. Retoryka 23                       |                           |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 601473009                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 29.01.2022                                            |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                           |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 484</b> |                                                       | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| 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                                             |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                       | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | APTEKA COSMEDICA                                      | -                         | APT                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Węgierska 170/41               |                           |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 185408712                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 15.07.2021                                            |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                       | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | APTEKA COSMEDICA                                      | -                         | APT                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, ul. Krakowska 149/70                  |                           |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 146466470                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.09.2021                                            |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                       | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | APTEKA COSMEDICA                                      | -                         | APT                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, ul. Szkotnik 1A/0.07                  |                           |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 146480006                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 17.11.2021                                            |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                           |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 485</b> |                                                       | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | Jolanta Staszczak                                     |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-438, ul. Borkowska 5b                      |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 122630129                                             |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 351490593                                             |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                       | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Fantazja                                       | -                         | APT                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-438, ul. Borkowska 3/LU.8                  |                           |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 122630129                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 15.07.2021                                            |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                           |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 486</b> |                                                       | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | RADON & BRZOSTOWSKA SPÓŁKA JAWNA                      |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SĘDZISZÓW MAŁOPOLSKI, 39-120, ul. Niepodległości 53   |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 505960011                                             |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 363031870                                             |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                       | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Nova                                           | -                         | APT                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, ul. Romanowicza 39a                   |                           |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 505960011                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 19.07.2021                                            |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 487</b> |                                                       | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE PROMED KLUSKA, MAZGAJ SPÓŁKA JAWNA   |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Władysława Broniewskiego 3     |                           |                                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 184491692                                             |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 491978449                                             |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                       | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Centrum Medyczne Promed                               | -                         | POP                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Władysława Broniewskiego 3     |                           |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 184491692                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 20.07.2021                                            |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                           |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 488</b> |                                                       | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| 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                                             |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                       | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | DOZ Apteka Dbam o Zdrowie                             | -                         | APT                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-611, ul. Stojakowskiego 6                  |                           |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 736697717                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04.08.2021                                            |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                       | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Dbam o Zdrowie                                 | -                         | APT                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, ul. Lwowska 197/1                     |                           |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 736697792                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 18.10.2021                                            |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                           |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 489</b> |                                                       | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| 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                                 | 240847939                                             |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                       | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | APTEKA TWOJE LEKI                                     | -                         | APT                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gorlice, 38-300, ul. Węgierska 21                     |                           |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 183537023                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04.08.2021                                            |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                       | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | APTEKA TWOJE LEKI                                     | -                         | APT                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnów, 33-100, ul. Nowodąbrowska 127/1.01            |                           |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 146395112                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04.08.2021                                            |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                       | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Twoje Leki                                     | -                         | APT                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarnów, 33-100, ul. Urszulańska 7                     |                           |                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 146268367                                             |                           |                                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 18.01.2022                                            |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                           |                                                    |

|                                                     |                                                                                               |                    |                                             |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 490</b> |                                                                                               | 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                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Apteka Jana Kantego                                                                           | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KĘTY, 32-650, ul. Legionów 28                                                                 |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                   | 608300352                                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04.08.2021                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 491</b> |                                                                                               | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | CITO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                  |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-644, ul. H. Kamieńskiego 51                                                        |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 126875700                                                                                     |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 361388421                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | ZIKO Apteka                                                                                   | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków, 31-541, al. Powstania Warszawskiego 12                                                |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                   | 124481778                                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 05.08.2021                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                               | 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                                                      |                    | 2                                           |
| telefon/ telefony                                   | 124481692                                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 17.08.2021                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                               | 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                                                        |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                   | 146968993                                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 17.08.2021                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                               | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | ZIKO Apteka                                                                                   | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków 31-272, ul. Krowoderskich Zuchów 8                                                     |                    | 3                                           |
| telefon/ telefony                                   | 124481705                                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 18.08.2022                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 492</b> |                                                                                               | szczenie personelu | szczenie 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                                 | 851793415                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | 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                                                   |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                   | 790202344                                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 13.08.2021                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 493</b> |                                                                                               | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | STS TRADE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                             |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Myslenice, 32-400, ul. Andrzeja Średniawskiego 58 B                                           |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 609650704                                                                                     |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 122610899                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Przychodnia Pielęgniarska - Punkt Szczepień                                                   | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Myslenice, 32-400, ul. Jagiellońska 11/5                                                      |                    | 1                                           |
| telefon/ telefony                                   | 609650704                                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 13.08.2021                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 494</b> |                                                                                               | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | PZF CEFARM-KRAKÓW S.A.                                                                        |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków, 30-716, ul. Albatrosów 1                                                              |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 122733687                                                                                     |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 356686600                                                                                     |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | 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                                                                   |                    | 2                                           |
| telefon/ telefony                                   | 736697975                                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 17.08.2021                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                               | 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                                                               |                    | 2                                           |
| telefon/ telefony                                   | 736697964                                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 30.08.2021                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                               | 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. Zielńska 3                                                                |                    | 3                                           |
| telefon/ telefony                                   | 736697970                                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 08.10.2021                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                               | 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                                                                |                    | 2                                           |
| telefon/ telefony                                   | 736697959                                                                                     |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                              | 29.11.2021                                                                                    |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                                               | 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                           |                                                              |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>               |                                                              | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Dbam o Zdrowie                                        | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SULKOWICE, 32-440, ul. Szkoła 9                              |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 736697973                                                    |                           | <b>2</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 10.12.2021                                                   |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>               |                                                              | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Dbam o Zdrowie                                        | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 34-504, ul. Kalwaryjska 94                           |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 736697961                                                    |                           | <b>1</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 10.12.2021                                                   |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                           |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 495</b> |                                                              | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | APTEKA "ESKULAP" MOSTOWIK I SPÓŁKA - SPÓŁKA JAWNA            |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Bronisława Czecha 2                    |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 338414697                                                    |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 122511826                                                    |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka "Miętowa"                                             | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Bronisława Czecha 2                    |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 338414697                                                    |                           | <b>1</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 24.08.2021                                                   |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                           |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 496</b> |                                                              | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | EURO-A SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ               |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-141, ul. Krowoderska 31                           |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 124300035                                                    |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 120334082                                                    |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | APTEKA DBAM O ZDROWIE                                        | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-141, ul. Krowoderska 31                           |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 736697962                                                    |                           | <b>2</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 24.08.2021                                                   |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                           |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 497</b> |                                                              | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | APTEKARZE ZBYRAD ZAGÓRSKA SPÓŁKA JAWNA                       |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CZĘSTOCHOWA, 42-220, Al. Najświętszej Maryi Panny 18         |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 505722600                                                    |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 369813496                                                    |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | APTEKA GEMINI                                                | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, ul. Ochronek 34                              |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146272087                                                    |                           | <b>2</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 24.08.2021                                                   |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                           |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 498</b> |                                                              | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | KOPFARM Mikołaj Kopiec                                       |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KLUCZE, 32-310, ul. Zawierciańska 4                          |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 327515303                                                    |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 242987036                                                    |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Tęczowa                                               | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BOLESŁAW, 32-329, ul. Laskowska 4a                           |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 327936285                                                    |                           | <b>2</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 07.09.2021                                                   |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                              | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Tęczowa                                               | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KLUCZE, 32-310, ul. Zawierciańska 4                          |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 326428800                                                    |                           | <b>2</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 31.01.2022                                                   |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                           |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 499</b> |                                                              | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| 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                                                    |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | APTEKA                                                       | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, Aleja inż. Nowotarskiego 7            |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 736697720                                                    |                           | <b>2</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 24.09.2021                                                   |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                           |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 500</b> |                                                              | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| 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                                                    |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | APTEKA "ANIMAR"                                              | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Andrychów, 34-120, ul. Stanisława Lenartowicza 40            |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 338759155                                                    |                           | <b>2</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 24.09.2021                                                   |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 13.06.2022                                                   |                           |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 501</b> |                                                              | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| 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                                                    |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Dbam o Zdrowie                                        | -                         | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-154, ul. Pawia 5/20                               |                           |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 736697967                                                    |                           | <b>2</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 27.09.2021                                                   |                           |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                           |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 502</b> |                                                              | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b>                        |
| nazwa:                                              | MEDICOR SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ              |                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GORUĆE, 38-300, ul. Cicha 7                                  |                           |                                                    |
| telefon/ telefon:                                   | 183540810                                                    |                           |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 122928590                                                    |                           |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>rodzaj punktu *</b>    | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczytów 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                           |                                                                                       |                    |                                             |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 503</b> |                                                                                       | szczenie personelu | szczenie 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                                                                             |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       | 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                           |                                                                                       |                    |                                             |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 504</b> |                                                                                       | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | Marta Kobel, Bartłomiej Kobel działający jako wspólnicy s.c.                          |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RZĄSKA, 30-199, ul. Balicka 49A                                                       |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 602836551                                                                             |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 120524931                                                                             |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Apteka Rząska                                                                         |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RZĄSKA, 30-199, ul. Balicka 49A                                                       | -                  | APT                                         |
| telefon/ telefon                                    | 123575982                                                                             |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 08.10.2021                                                                            |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                       |                    |                                             |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 505</b> |                                                                                       | szczenie personelu | szczenie 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                                                                             |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | APTEKA CEF@RM 36,6                                                                    |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, ul. Błonie 2 lok1/15                                                  | -                  | APT                                         |
| telefon/ telefon                                    | 146966931                                                                             |                    | 4                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 08.10.2021                                                                            |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                       |                    |                                             |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 506</b> |                                                                                       | 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/ telefon                                    | 736697723                                                                             |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 100337239                                                                             |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Apteka Dbam o Zdrowie                                                                 |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY SĄCZ, 33-300, pl. Gen. Henryka Dąbrowskiego 1                                    | -                  | APT                                         |
| telefon/ telefon                                    | 736697723                                                                             |                    | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 13.10.2021                                                                            |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                       |                    |                                             |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 507</b> |                                                                                       | 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/ telefon                                    | 123451333                                                                             |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 013208176                                                                             |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Apteka Medicovert                                                                     |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-536, ul. Podgórska 36                                                      | -                  | APT                                         |
| telefon/ telefon                                    | 664187479                                                                             |                    | 3                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 21.10.2021                                                                            |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                       |                    |                                             |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 508</b> |                                                                                       | 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. Królów Jadwigi 31                                              |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 184421692                                                                             |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 490300053                                                                             |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | APTEKA                                                                                |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Królów Jadwigi 31                                              | -                  | APT                                         |
| telefon/ telefon                                    | 184421692                                                                             |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 04.11.2021                                                                            |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                       |                    |                                             |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 509</b> |                                                                                       | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                              | Sandra Boćko                                                                          |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-071, ul. św. Stanisława 6                                                  |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 609492444                                                                             |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 277690560                                                                             |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Apteka Salamandra Królewska                                                           |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NIEPOŁOMICE, 32-005, ul. Grunwaldzka 9                                                | -                  | APT                                         |
| telefon/ telefon                                    | 609492444                                                                             |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 04.11.2021                                                                            |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                       |                    |                                             |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 510</b> |                                                                                       | 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/ telefon                                    | 183370083                                                                             |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 120020627                                                                             |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                              | Apteka "Nowa"                                                                         |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁUKOWICA, 34-606, Łukowica 533                                                        | -                  | APT                                         |
| telefon/ telefon                                    | 183327867                                                                             |                    | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 09.11.2021                                                                            |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                       |                    |                                             |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 511</b> |                                                                                       | 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 Łępkowskiego 5                                             |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                    | 123793801                                                                             |                    |                                             |
| identyfikator REGON                                 | 350712353                                                                             |                    |                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

|                                                   |                                                             |                       |                                             |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| nazwa:                                            | Apteka HYGIEIA                                              | -                     | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBINA, 32-540, ul. Tadeusza Kościuszki 43a               |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 327508766                                                   |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 17.11.2021                                                  |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                             |                       |                                             |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 512      |                                                             | szczepienie personelu | szczepienie 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                                |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-214, ul. Bałtycka 3                              |                       |                                             |
| 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                                |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-967, os. Kolorowe 11A                            |                       |                                             |
| 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                                |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-011, ul. Wrocławska 48                           |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 126334432                                                   |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 27.12.2021                                                  |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                             |                       |                                             |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 513      |                                                             | szczepienie personelu | szczepienie 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                                             |                       |                                             |
| 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      |                                                             | szczepienie personelu | szczepienie 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 Jordankowska                                         |                       |                                             |
| 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      |                                                             | szczepienie personelu | szczepienie 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                                       |                       |                                             |
| 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      |                                                             | szczepienie personelu | szczepienie 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"                                            |                       |                                             |
| 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      |                                                             | szczepienie personelu | szczepienie 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                                   |                       |                                             |
| 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                                                      |                       |                                             |
| 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      |                                                             | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | KISZKA ARTUR                                                |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, ul. Rynek 14                              |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 503128734                                                   |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 273362674                                                   |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                             | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Apteka Seniora                                              |                       |                                             |
| 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      |                                                             | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            |                                                             |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |                                                             |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 |                                                             |                       |                                             |

|                                                   |                                                                          |                    |                                             |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| nazwa:                                            | HYGIEIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                          |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-416, ul. Dobrego Pasterza 67                                  |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 126811128                                                                |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 120153920                                                                |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                          | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Apteka Hysjelia                                                          | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-423, os. Bohaterów Września 76                                |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 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 Hysjelia                                                          | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-107, ul. Plac Na Stawach 1                                    |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 124270222                                                                |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 17.12.2021                                                               |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                          |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                          | -                  | APT                                         |
| nazwa:                                            | Apteka Hysjelia                                                          |                    | 1                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-198, ul. K. Wierzyńskiego 9                                   |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 126260705                                                                |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 19.01.2022                                                               |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                          |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                          | -                  | APT                                         |
| nazwa:                                            | Apteka Hysjelia                                                          |                    | 1                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-306, ul. Niska 2                                              |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 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/ telefon:                                 | 661451545                                                                |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               |                                                                          |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                          | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | APTEKA MALINA                                                            | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TYLMANOWA, 34-451, os. Bliszcz 223                                       |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 661451545                                                                |                    |                                             |
| 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/ telefon:                                 | 146864030                                                                |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 851784439                                                                |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                          | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Apteka Cef@rm 36.6                                                       | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZESKO, 32-800, ul. Królowej Jadwigi 3                                  |                    | 5                                           |
| telefon/ telefon                                  | 146864030                                                                |                    |                                             |
| 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/ telefon:                                 | 124431264                                                                |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 121274956                                                                |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                          | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Centrum Medyczne "Piaski Nowe" Kacper Krawczyk, Robert Stec sp. j.       | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-693, ul. Adama Bochenka 16/5-6                                |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 124431264,722946070                                                      |                    |                                             |
| 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/ telefon:                                 | 608424436                                                                |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 852515500                                                                |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                          | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | "Apteka Pomarańczowa"                                                    | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Szpitalna 26                                         |                    | 4                                           |
| telefon/ telefon                                  | 146224688                                                                |                    |                                             |
| 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                                                             | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Jasna 71                                             |                    | 4                                           |
| telefon/ telefon                                  | 146240563                                                                |                    |                                             |
| 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                                                           | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Kilkowska 2                                          |                    | 4                                           |
| telefon/ telefon                                  | 146361800                                                                |                    |                                             |
| 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. Łaskowska 4a                                       |                    |                                             |
| telefon/ telefon:                                 | 326424147                                                                |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 389768231                                                                |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                          | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczyptień C.M. BOLMED                                             | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAW, 32-329, ul. Łaskowska 4a                                       |                    | 2                                           |
| telefon/ telefon                                  | 326424147                                                                |                    |                                             |
| 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/ telefon:                                 | 531779999                                                                |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 123160458                                                                |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                          | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczyptień - Galeria Mozaika - "ORTOTOP"                           | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-663, ul. Wielicka 259                                         |                    |                                             |

|                                                     |                                                                                                              |                              |                                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| telefon/ telefon                                    | 512405982                                                                                                    |                              | 2                                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 03.01.2022                                                                                                   |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 28.03.2022                                                                                                   |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                              | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień Dworzec Główny PKP w Krakowie                                                                | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-154, ul. Pawia 5a                                                                                 |                              |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 575793999                                                                                                    |                              | <b>1</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 21.02.2022                                                                                                   |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 31.03.2022                                                                                                   |                              |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 526</b> |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                              | JOLANTA LYSZCZEK-WOLAK                                                                                       |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TĘGOBORZE, 33-312, ul. Sąddecka 154                                                                          |                              |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 184449054                                                                                                    |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 492722605                                                                                                    |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                              | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | APTEKA POD JUSTEM                                                                                            | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TĘGOBORZE, 33-312, ul. Sąddecka 154                                                                          |                              |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 184449054                                                                                                    |                              | <b>2</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 12.01.2022                                                                                                   |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                              |                              |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 527</b> |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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 158                                                                             |                              |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 663880725                                                                                                    |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 350501030                                                                                                    |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                              | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | DOZ Apteka. Dbam o Zdrowie. Vita                                                                             | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-426, ul. Montwiłła-Mireckiego 8                                                                   |                              |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 504906149                                                                                                    |                              | <b>5</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 12.01.2022                                                                                                   |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                              |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                              | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | DOZ Apteka. Dbam o Zdrowie. Vita                                                                             | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MODLNICA, 32-085, ul. Jurajska 5                                                                             |                              |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 720449128                                                                                                    |                              | <b>2</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 24.01.2022                                                                                                   |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                              |                              |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 528</b> |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                              | PROLEK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                               |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TARNÓW, 33-100, ul. Szpitalna 26                                                                             |                              |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 608424436                                                                                                    |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                 |                                                                                                              |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                              | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Prolek                                                                                                | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TUCHÓW, 33-170, ul. Adama Mickiewicza 48                                                                     |                              |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 146960519                                                                                                    |                              | <b>4</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 12.01.2022                                                                                                   |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                              |                              |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 529</b> |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                              | Top Pharm Jargan-Szklorz Spółka Jawna                                                                        |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOSNOWIEC, 41-200, ul. 3-go Maja 13                                                                          |                              |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 322987777                                                                                                    |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 243485271                                                                                                    |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                              | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka Blisko Ciebie                                                                                         | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOLBROM, 32-340, ul. Krakowska 43                                                                            |                              |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 321221233                                                                                                    |                              | <b>1</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 13.01.2022                                                                                                   |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                              |                              |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 530</b> |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                              | Apteka Pod Białym Orłem Tomasz Szworzewicz, Jerzy Szworzewicz, Mateusz Szworzewicz, Łukasz Szworzewicz sp.j. |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ANDRYCHÓW, 34-120, ul. Rynek 32                                                                              |                              |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 338752881                                                                                                    |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 070528761                                                                                                    |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                              | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | DOZ Apteka.Dbam o Zdrowie.POD BIAŁYM ORŁEM                                                                   | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ANDRYCHÓW, 34-120, ul. Rynek 32                                                                              |                              |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 338752881                                                                                                    |                              | <b>1</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 13.01.2022                                                                                                   |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                              |                              |                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 531</b> |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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/ telefon                                    | 533433930                                                                                                    |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 389232950                                                                                                    |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                              | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Centrum ProZdrowie w Proszowicach - Punkt Szczepień                                                          | -                            | <b>POP</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PROSZOWICE, 32-100, ul. Szpitalna 21                                                                         |                              |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 533433930                                                                                                    |                              | <b>3</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 17.01.2022                                                                                                   |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                              |                              |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 532</b> |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                              | EWELINA BILNIK - MIRAJ                                                                                       |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-720, ul. Saska 27                                                                                 |                              |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 511167374                                                                                                    |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 387389015                                                                                                    |                              |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                              | <b>rodzaj punktu *</b>       | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Apteka                                                                                                       | -                            | <b>APT</b>                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-513, ul. Olszańska 5                                                                              |                              |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 122874468                                                                                                    |                              | <b>2</b>                                           |
| Data dodania do wykazu                              | 18.01.2022                                                                                                   |                              |                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                              |                              |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 533</b> |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:                                              | "ZDROWIE CENY" K. STEPEK, G. SMOŁA SPÓŁKA JAWNA                                                              |                              |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NIEPOLOMICE, 32-005, ul. Rynek 15                                                                            |                              |                                                    |
| telefon/ telefon                                    | 660452131                                                                                                    |                              |                                                    |
| identyfikator REGON                                 | 852613533                                                                                                    |                              |                                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                        | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| nazwa:                                            | Apteka                                                                 | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIWNICZNA-ZDRÓJ, 33-350, ul. Rynek 2                                   |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 184465468                                                              |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 24.01.2022                                                             |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                    |                                             |
| 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/ telefon                                  | 504186217                                                              |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 492911737                                                              |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                        | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "FEMINA" - poradnia polotnej POZ | -                  | POP                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Rokitniańczyków 32                              |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 575858513                                                              |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 29.01.2022                                                             |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                    |                                             |
| 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/ telefon                                  | 609477708                                                              |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 122569412                                                              |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                        | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Apteka w Przzychodni                                                   | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZERNICHOŃ, ul. 32-070, ul. Wiśna 2                                    |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 123067054                                                              |                    | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 29.01.2022                                                             |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                    |                                             |
| 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/ telefon                                  | 606399955                                                              |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 003886493                                                              |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                        | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Apteka Słoneczna                                                       | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Poniatowskiego 12                               |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 184731345                                                              |                    | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 29.01.2022                                                             |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                    |                                             |
| 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/ telefon                                  | 124123888                                                              |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 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/ telefon                                  | 124123888                                                              |                    | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 29.01.2022                                                             |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                    |                                             |
| 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/ telefon                                  | 124250214                                                              |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 357163323                                                              |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                        | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Apteka Słoneczna                                                       | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZEKO, 32-800, ul. Kościuszki 70                                      |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 798070491                                                              |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 31.01.2022                                                             |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                    |                                             |
| 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/ telefon                                  | 124250214                                                              |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 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 | MIECHOŃ, 32-200, ul. Szpitalna 3                                       |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 503795331                                                              |                    | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 31.01.2022                                                             |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                    |                                             |
| 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/ telefon                                  | 888683519                                                              |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 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/ telefon                                  | 888683519                                                              |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 03.02.2022                                                             |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                    |                                             |
| 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/ telefon                                  | 124214053                                                              |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 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/ telefon                                  | 124214063                                                              |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 10.02.2022                                                             |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                    |                                             |
| 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/ telefon                                  | 126590010                                                              |                    | 3                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 14.03.2022                                                             |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                    |                                             |
| 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/ telefon                                  | 511518485                                                                       |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 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                                                         |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 508717626                                                                       |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 10.02.2022                                                                      |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                 |                    |                                             |
| 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. Klimckiego 1                                                |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 794616493                                                                       |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 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. Klimckiego 1/1.04.8                                         |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 123830181                                                                       |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 14.02.2022                                                                      |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                 |                    |                                             |
| 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/ telefon                                  | 123793801                                                                       |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 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                                |                    | 4                                           |
| telefon/ telefon                                  | 334766268                                                                       |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 14.02.2022                                                                      |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                 |                    |                                             |
| 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/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 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/ telefon                                  | 122570161                                                                       |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 10.03.2022                                                                      |                    |                                             |
| 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, 31-062, ul. Krakowska 1                                                 |                    | 2                                           |
| telefon/ telefon                                  | 123521684                                                                       |                    |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 05.09.2022                                                                      |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                 |                    |                                             |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 548      |                                                                                 | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | KRZYSZTOF BÉLZOWSKI                                                             |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-571, ul. Mogilska 121G/75                                            |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 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. Turniejowa 73/1                                             |                    | 1                                           |
| telefon/ telefon                                  | 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. Płk. Władysława Beliny-Prażmowskiego 11                  |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 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. Płk. Władysława Beliny-Prażmowskiego 11                  |                    | 2                                           |
| telefon/ telefon                                  | 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 | RZEWAWA, 32-765, ul. Długa 9                                                    |                    |                                             |
| telefon/ telefon                                  | 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 | RZĘŻAWA, 32-765, ul. Długa 9                                 |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 795228099                                                    |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 13.06.2022                                                   |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                              |                       |                                             |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 551      |                                                              | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | Katarzyna Kruz-Kmieciak                                      |                       |                                             |
| 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"                              |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARY SĄCZ 33-340, ul. Węgierska 101                         |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 789222102                                                    |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 30.06.2022                                                   |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                              |                       |                                             |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 552      |                                                              | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | Danmed Sp. z o.o.                                            |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 31-952, os. Uroczę 1                                  |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 124258523                                                    |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 120566697                                                    |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                              | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Apteka Gemini                                                |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Liszk 32-060, Krzypinów 463                                  |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 123848493                                                    |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 08.08.2022                                                   |                       |                                             |
| 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, 31-936, os. Handlowe 8                               |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 571209605                                                    |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 01.09.2022                                                   |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                              |                       |                                             |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 553      |                                                              | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | Iwona Dyka                                                   |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poronin 34-520, ul. Józefa Piłsudskiego 97                   |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 182637350                                                    |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 380616347                                                    |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                              | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | APTEKA PRIMA                                                 |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poronin 34-520, ul. Józefa Piłsudskiego 97                   |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 182637350                                                    |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 08.08.2022                                                   |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                              |                       |                                             |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 554      |                                                              | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | Małdalena Obrzut                                             |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Sącz 33-300, ul. Nawojowska 193                         |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 502710365                                                    |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 387241235                                                    |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                              | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | APTEKA "ZAWADA"                                              |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Sącz 33-300, ul. Nawojowska 193                         |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 502119933                                                    |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 08.08.2022                                                   |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                              |                       |                                             |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 555      |                                                              | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | BEATA SOPALA                                                 |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciężkowice 33-190, ul. Św. Floriana 9                        |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 146510930                                                    |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 850190086                                                    |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                              | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | APTEKA RYNEK                                                 |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciężkowice 33-190, Rynek 26                                  |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 146505099                                                    |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 08.08.2022                                                   |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                              |                       |                                             |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 556      |                                                              | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | NIEBIESKA KRZYSZTOF WOJTYCH SPÓŁKA JAWNA                     |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skawina 32-050, ul. Ks. J. Popiełuszki 7                     |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 123463647                                                    |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 357171400                                                    |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                              | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | APTEKA NIEBIESKA 24H                                         |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skawina 32-050, Rynek 15                                     |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 123463647                                                    |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 08.08.2022                                                   |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                              |                       |                                             |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 557      |                                                              | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            | ADRIAN RYNCZAK                                               |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-188, ul. Stanisława Staszica 4/LU1               |                       |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 511167374                                                    |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 388826481                                                    |                       |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                              | rodzaj punktu *       | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Apteka Dermopharm                                            |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 30-075, ul. Racławicka 10                             |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 122656737                                                    |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 08.08.2022                                                   |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                              |                       |                                             |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 558      |                                                              | szczepienie personelu | szczepienie 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/ telefony:                                | 338751295                                                    |                       |                                             |
| identyfikator REGON                               | 070901349                                                    |                       |                                             |
| Miejsce udzielania 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             |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 338759155                                                    |                       |                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 18.08.2022                                                   |                       |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                              |                       |                                             |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 559      |                                                              | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:                                            |                                                              |                       |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |                                                              |                       |                                             |
| telefon/ telefony                                 |                                                              |                       |                                             |

|                                                   |                                                       |                    |                                             |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| nazwa:                                            | Katarzyna Stachnik-Ślęczek                            |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciętkowice 33-190, ul. Zdrowa 6                       |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 146510006                                             |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 121058224                                             |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                       | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Apteka "Na Zdrowej"                                   | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciętkowice 33-190, ul. Zdrowa 6                       |                    |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 146510006                                             |                    | 3                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 18.08.2022                                            |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                       |                    |                                             |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 560      |                                                       | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | J&P Machalscy sp. j.                                  |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 30-020, ul. Wójtowska 3                        |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 126334532                                             |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 350526751                                             |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                       | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | APTEKA                                                | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 30-020, ul. Wójtowska 3                        |                    |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 126334532                                             |                    | 1                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 18.08.2022                                            |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                       |                    |                                             |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 561      |                                                       | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | WOJCIECH KOWALIK                                      |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 30-127, ul. Wesele 34                          |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 126550140                                             |                    |                                             |
| identyfikator REGON                               | 350770385                                             |                    |                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                       | rodzaj punktu *    | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | APTEKA                                                | -                  | APT                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 30-552, ul. Wielicka 76                        |                    |                                             |
| telefon/ telefony                                 | 126550140                                             |                    | 2                                           |
| Data dodania do wykazu                            | 18.08.2022                                            |                    |                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                       |                    |                                             |
| Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 562      |                                                       | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:                                            | APIS FARMACJA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                    |                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łącko, 33-390, Łącko 843                              |                    |                                             |
| telefon/ telefony:                                | 183315790                                             |                    |                                             |

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

**COVID-**

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1</b>                                     |                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa:                                                                                | MIŁOSZ WOŹNICZKO                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                     | WOLBROM, 32-340, ul. Jesionowa 6 |
| telefon/ telefony:                                                                    | 602608121                        |
| identyfikator REGON                                                                   | 122511252                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)</b>                                        | <b>liczba zespołów</b>           |
| obszar działania:                                                                     |                                  |
| MAŁOPOLSKA ZACHODNIA<br>Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Centrum Medyczne   | 3                                |
| Data dodania do wykazu:                                                               | 18.02.2021                       |
| Data wykreślenia z wykazu:                                                            | 12.07.2021                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 (obszar)</b>                                        | <b>liczba zespołów</b>           |
| obszar działania:                                                                     |                                  |
| KRAKOWSKI OBSZAR METROPOLITALNY<br>Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Centrum | 2                                |
| Data dodania do wykazu:                                                               | 18.02.2021                       |
| Data wykreślenia z wykazu:                                                            | 12.07.2021                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 (obszar)</b>                                        | <b>liczba zespołów</b>           |

|                                                                                          |                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| obszar działania:                                                                        |                                                                        |
| SĄDECKI<br>Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Centrum Medyczne                   | 2                                                                      |
| Data dodania do wykazu:                                                                  | 18.02.2021                                                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                                                               | 12.07.2021                                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b>                                        |                                                                        |
| 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                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)</b>                                           | <b>liczba zespołów</b>                                                 |
| obszar działania:                                                                        |                                                                        |
| KRAKOWSKI OBSZAR MERTOPOLITALNY<br>Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Krakowskie | 1                                                                      |
| Data dodania do wykazu:                                                                  | 18.02.2021                                                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                                                               |                                                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b>                                        |                                                                        |
| nazwa:                                                                                   | PODHALANSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM.<br>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                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)</b>                                           | <b>liczba zespołów</b>                                                 |

|                                                                       |                                              |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| obszar działania:                                                     |                                              |
| PODHALAŃSKI<br>Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Podhalański | 1                                            |
| Data dodania do wykazu:                                               | 18.02.2021                                   |
| Data wykreślenia z wykazu:                                            |                                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b>                     |                                              |
| 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                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)</b>                        | <b>liczba zespołów</b>                       |
| obszar działania:                                                     |                                              |
| TARNOWSKI<br>Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Podhalański   | 1                                            |
| Data dodania do wykazu:                                               | 18.02.2021                                   |
| Data wykreślenia z wykazu:                                            |                                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b>                     |                                              |
| nazwa:                                                                | VITALIS NOWAK I ŻURAKOWSKI SPÓŁKA<br>CYWILNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                     | TRZEBINIA, 32-540, ul. Kopernika 25          |
| telefon/ telefony:                                                    | 326200293                                    |
| identyfikator REGON                                                   | 121378220                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)</b>                        | <b>liczba zespołów</b>                       |

|                                                                                                            |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| obszar działania:                                                                                          |            |
| MAŁOPOLSKA ZACHODNIA<br>Zespół wyjazdowy - Mobilny Punkt Szczepień Vitalis Sp.J. -<br>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

| 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                     |                 |
| 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                                                  |                                                                                        |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                      |                                                                                        | <b>liczba zespołów</b> |
| 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                                                  |                                                                                        |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                                      |                                                                                        | <b>liczba zespołów</b> |
| 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                                                  |                                                                                        |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>                                      |                                                                                        | <b>liczba zespołów</b> |
| 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                                                  |                                                                                        |                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b>                          |                                                                                        |                        |
| <b>Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19</b> | 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                                                                              |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                      |                                                                                        | <b>liczba zespołów</b> |
| 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                                                  |                                                                                        |                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b>                          |                                                                                        |                        |
| <b>Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19</b> | 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                                                                              |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                      |                                                                                        | <b>liczba zespołów</b> |
| 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                                                  |                                                                                        |                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b>                          |                                                                                        |                        |
| <b>Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19</b> | 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                                                                              |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                      |                                                                                        | <b>liczba zespołów</b> |
| 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 i aptek ogólnodostępnych realizujących szczepienia przeciw grypie**

|                                                   |                                                   |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 1</b> |                                                   |
| nazwa:                                            | EWELINA BILNIK - MIRAJ                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-720, ul. Saska 27                      |
| telefon/ telefony:                                | 511167374                                         |
| identyfikator REGON                               | 387389015                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                   |
| nazwa:                                            | Apteka                                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-513, ul. Olszańska 5                   |
| telefon/ telefony                                 | 122874468                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 01.09.2022                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                   |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 2</b> |                                                   |
| 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                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                   |
| nazwa:                                            | ZIKO Apteka                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-040, ul. Królewska 47                  |
| telefon/ telefony                                 | 124481761                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 01.09.2022                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                   |
| nazwa:                                            | ZIKO Apteka                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-382, ul. Kobierzyńska 93/10u           |
| telefon/ telefony                                 | 124481785                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 01.09.2022                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                   |
| nazwa:                                            | Ziko Apteka Tanie Leki                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLKUSZ, 32-300, ul. Króla Kazimierza Wielkiego 24 |
| telefon/ telefony                                 | 324388630                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 01.09.2022                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                                   |
| nazwa:                                            | ZIKO Apteka                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Myślenice, 32-400, ul. Słoneczna 2E/0.15          |
| telefon/ telefony                                 | 123951148                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 01.09.2022                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |                                                   |
| nazwa:                                            | ZIKO Apteka                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-504, ul. Kalwaryjska 12                |
| telefon/ telefony                                 | 124481725                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 01.09.2022                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |                                                   |
| nazwa:                                            | ZIKO Apteka                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 31-425, al. 29 Listopada 65               |
| telefon/ telefony                                 | 124481636                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 01.09.2022                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>             |                                                   |

|                                                   |                                                    |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| nazwa:                                            | ZIKO Apteka                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNÓW, 33-100, ul. Polskiego Czerwonego Krzyża 26 |
| telefon/ telefony                                 | 146968991                                          |
| Data dodania do wykazu                            | 01.09.2022                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 3</b> |                                                    |
| nazwa:                                            | Anna Stobierska                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-219, ul. Koło Strzelnicy 2              |
| telefon/ telefony:                                | 508369493                                          |
| identyfikator REGON                               | 369523574                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                    |
| nazwa:                                            | ZIKO APTEKA                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-206, ul. Księcia Józefa 20 LOK 0.4      |
| telefon/ telefony                                 | 123951179                                          |
| Data dodania do wykazu                            | 01.09.2022                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                    |
| nazwa:                                            | ZIKO APTEKA                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-219, ul. Koło Strzelnicy 2              |
| telefon/ telefony                                 | 124483220                                          |
| Data dodania do wykazu                            | 01.09.2022                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 4</b> |                                                    |
| nazwa:                                            | "DIAFAR" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, ul. Kościuszki 18                |
| telefon/ telefony:                                | 326231339                                          |
| identyfikator REGON                               | 273507109                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                    |
| nazwa:                                            | Apteka "DIAFAR" Sp. z o.o                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHRZANÓW, 32-500, ul. Kościuszki 18                |
| telefon/ telefony                                 | 326231339                                          |
| Data dodania do wykazu                            | 01.09.2022                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 5</b> |                                                    |
| nazwa:                                            | CITO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW, 30-644, ul. H. Kamieńskiego 51             |
| telefon/ telefony:                                | 126875700                                          |
| identyfikator REGON                               | 361388421                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                    |
| nazwa:                                            | ZIKO Apteka                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-541, al. Powstania Warszawskiego 12     |
| telefon/ telefony                                 | 124481778                                          |
| Data dodania do wykazu                            | 01.09.2022                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                    |
| nazwa:                                            | ZIKO Apteka                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 30-392, ul. Czerwone Maki 33/0.3           |
| telefon/ telefony                                 | 124481692                                          |
| Data dodania do wykazu                            | 01.09.2022                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                    |
| nazwa:                                            | ZIKO Apteka                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 31-272, ul. Krowoderskich Zuchów 8          |
| telefon/ telefony                                 | 124481705                                          |
| Data dodania do wykazu                            | 01.09.2022                                         |

|                                                   |                                                                                  |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                                                                  |
| nazwa:                                            | ZIKO Apteka                                                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOCHNIA, 32-700, ul. T. Kościuszki 1/2                                           |
| telefon/ telefony                                 | 146968993                                                                        |
| Data dodania do wykazu                            | 01.09.2022                                                                       |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                  |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 6</b> |                                                                                  |
| nazwa:                                            | NIEBIESKA KRZYSZTOF WOJTYCH SPÓŁKA JAWNA                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skawina 32-050, ul. Ks. J. Popiełuszki 7                                         |
| telefon/ telefony:                                | 123463647                                                                        |
| identyfikator REGON                               | 357171400                                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                  |
| nazwa:                                            | APTEKA NIEBIESKA 24H                                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skawina 32-050, Rynek 15                                                         |
| telefon/ telefony                                 | 123463647                                                                        |
| Data dodania do wykazu                            | 01.09.2022                                                                       |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b> |                                                                                  |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIE "ESKULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIECZ, 38-340, ul. Tysiąclecia 3                                                 |
| telefon/ telefony:                                | 134471808                                                                        |
| identyfikator REGON                               | 122588906                                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                  |
| nazwa:                                            | Przychodnia w Bieczu                                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIECZ, 38-340, Tysiąclecia 3                                                     |
| telefon/ telefony                                 | 134471010                                                                        |
| Data dodania do wykazu                            | 01.09.2022                                                                       |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                  |
| nazwa:                                            | Przychodnia w Libuszy                                                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIBUSZA, 38-306, Libusza 688                                                     |
| telefon/ telefony                                 | 134475051                                                                        |
| Data dodania do wykazu                            | 01.09.2022                                                                       |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                  |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 8</b> |                                                                                  |
| 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                                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                  |
| nazwa:                                            | Apteka ZIKO                                                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-834, Os. Jagiellońskie 19/23U                                         |
| telefon/ telefony                                 | 124481631                                                                        |
| Data dodania do wykazu                            | 01.09.2022                                                                       |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                  |
| nazwa:                                            | APTEKA OGÓLNODOSTĘPNA ZIKO                                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-108, ul. Retoryka 23                                                  |
| telefon/ telefony                                 | 124481610                                                                        |
| Data dodania do wykazu                            | 01.09.2022                                                                       |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                                  |
| nazwa:                                            | Apteka ZIKO                                                                      |

|                                                    |                                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-952, os. Uroczę 1/U005                  |
| telefon/ telefony                                  | 124481618                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                    |
| nazwa:                                             | ZIKO Apteka                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-800, ul. Aleksandry 11                  |
| telefon/ telefony                                  | 124481606                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>              |                                                    |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ GRYPY - APTEKA ZIKO                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-611, ul. Beskidzka 30a/3                |
| telefon/ telefony                                  | 124481608                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>              |                                                    |
| nazwa:                                             | ZIKO APTEKA                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 31-146, ul. Długa 88                       |
| telefon/ telefony                                  | 124481621                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>              |                                                    |
| nazwa:                                             | Apteka ZIKO                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 31-201, ul. Bratysławska 2/6B              |
| telefon/ telefony                                  | 124481609                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>              |                                                    |
| nazwa:                                             | Apteka ZIKO                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-100, ul. Wałowa 2                       |
| telefon/ telefony                                  | 146968992                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 9</b>  |                                                    |
| nazwa:                                             | Ewa Panczakiewicz-Pawłęga                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-427, ul. Stefana Ziobrowskiego 1/3      |
| telefon/ telefony:                                 | 126539053                                          |
| identyfikator REGON                                | 120344962                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                    |
| nazwa:                                             | Apteka "Na Złocieniu"                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-798, ul. Nefrytowa 4                    |
| telefon/ telefony                                  | 126539053                                          |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 10</b> |                                                    |
| nazwa:                                             | TRADESENCE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CHRZANÓW, 32-500, ul. Rynek 2                      |
| telefon/ telefony:                                 | 695400336                                          |
| identyfikator REGON                                | 121446831                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                    |
| nazwa:                                             | Apteka 4 Pory Roku                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CHRZANÓW, 32-500, ul. Rynek 2                      |
| telefon/ telefony                                  | 326450609                                          |

|                                                    |                                                             |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                             |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 11</b> |                                                             |
| 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                                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                             |
| nazwa:                                             | SUPER-PHARM APTEKA                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 30-644, ul. H. Kamieńskiego 11/E19+E20+E21          |
| telefon/ telefony                                  | 123907743                                                   |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                             |
| nazwa:                                             | SUPER-PHARM APTEKA                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowy Sącz, 33-300, ul. Lwowska 80                           |
| telefon/ telefony                                  | 185314630                                                   |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                             |
| nazwa:                                             | Apteka Super-Pharm                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-536, ul. Podgórska 34                            |
| telefon/ telefony                                  | 797709008                                                   |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                             |
| nazwa:                                             | SUPER-PHARM APTEKA                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zakopane, 34-500, ul. Krupówki 45                           |
| telefon/ telefony                                  | 185314460, 797709039                                        |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>              |                                                             |
| nazwa:                                             | SUPER-PHARM APTEKA                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-876, Al.Gen. Tadeusza Bora-Komorowskiego 41/M007 |
| telefon/ telefony                                  | 123906466                                                   |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>              |                                                             |
| nazwa:                                             | SUPER-PHARM APTEKA                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-154, ul. Pawia 5a/K-330                          |
| telefon/ telefony                                  | 123478430                                                   |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>              |                                                             |
| nazwa:                                             | SUPER-PHARM APTEKA                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Modlniczka, 32-085, ul. prof. Rożańskiego 32/M3             |
| telefon/ telefony                                  | 123907293                                                   |
| Data dodania do wykazu                             | 02.09.2022                                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                             |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 12</b> |                                                             |
| 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/ telefony:                                 | 122810810                                                   |
| identyfikator REGON                                | 356756334                                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                             |

|                                                    |                                                                     |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| nazwa:                                             | Apteka "Niebieska"                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NIEPOŁOMICE, 32-005, ul. Stefana Batorego 5                         |
| telefon/ telefony                                  | 122810810, 571323116                                                |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13</b> |                                                                     |
| nazwa:                                             | ODNOWA ŻYCIA.PL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WIELICZKA, 32-020, ul. Bolesława Szpunara 9A                        |
| telefon/ telefony:                                 | 799099166                                                           |
| identyfikator REGON                                | 521799830                                                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                     |
| nazwa:                                             | Punkt Pobrań                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WIELICZKA, 32-020, ul. Bolesława Szpunara 9A                        |
| telefon/ telefony                                  | 799099166                                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14</b> |                                                                     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W TRZYCIĄŻU          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TRZYCIĄŻ, 32-353, ul. Zdrowa 6                                      |
| telefon/ telefony:                                 | 12 38 94 023                                                        |
| identyfikator REGON                                | 357108301                                                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                     |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TRZYCIĄŻ, 32-353, Zdrowa 6                                          |
| telefon/ telefony                                  | 123894023,124198881                                                 |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                     |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 15</b> |                                                                     |
| 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                                                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                     |
| nazwa:                                             | Apteka Jasna                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-100, ul. Jasna 71                                        |
| telefon/ telefony                                  | 146240563                                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                     |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 16</b> |                                                                     |
| nazwa:                                             | Renata Bilka                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CZERNICHÓW, ul. 32-070, ul. Wiślana 2                               |
| telefon/ telefony:                                 | 609477708                                                           |
| identyfikator REGON                                | 122569412                                                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                     |
| nazwa:                                             | Apteka w Przychodni                                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CZERNICHÓW, ul. 32-070, ul. Wiślana 2                               |
| telefon/ telefony                                  | 123067054                                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17</b> |                                                                     |
| nazwa:                                             | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chełmku               |

|                                                    |                                                             |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CHEŁMEK, 32-660, ul. Staicha 1                              |
| telefon/ telefony:                                 | 33846461, 8461169, 8461202                                  |
| identyfikator REGON                                | 357007652                                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                             |
| nazwa:                                             | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chełmku       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CHEŁMEK, 32-660, ul. Staicha 1                              |
| telefon/ telefony                                  | 338461202                                                   |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18</b> |                                                             |
| 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                                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                             |
| nazwa:                                             | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-820, Aleja Adolfa Dygasińskiego 2D               |
| telefon/ telefony                                  | 519146247                                                   |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19</b> |                                                             |
| nazwa:                                             | GENESMANAGER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-038, ul. Starowiślna 23/8A                       |
| telefon/ telefony:                                 | 573126589                                                   |
| identyfikator REGON                                | 385200462                                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                             |
| nazwa:                                             | Centrum Medyczne Skymedic                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-875, os. Dywizjonu 303 62B                       |
| telefon/ telefony                                  | 530520840                                                   |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                             |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 20</b> |                                                             |
| nazwa:                                             | BRL CENTER - POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WROCŁAW, 54-613, ul. Krzemieniecka 60A                      |
| telefon/ telefony:                                 | 515080317                                                   |
| identyfikator REGON                                | 932836174                                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                             |
| nazwa:                                             | Apteka "Dr.Max"                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ANDRYCHÓW, 34-120, ul. 27-go stycznia 9                     |
| telefon/ telefony                                  | 338770213                                                   |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                             |
| nazwa:                                             | Apteka "Dr. Max"                                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOLBROM, 32-340, os. Skalska 22                             |
| telefon/ telefony                                  | 326457864                                                   |
| Data dodania do wykazu                             | 02.09.2022                                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21</b> |                                                             |
| 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                                                                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                 |
| nazwa:                                             | Centrum Szczepień i Medycyny Podróży Solimed                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WIELICZKA, 32-020, os. Szymanowskiego 6/LU                                      |
| telefon/ telefony                                  | 516077076                                                                       |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                      |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                 |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 22</b> |                                                                                 |
| nazwa:                                             | ADRIAN RYNCZAK                                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 01-188, ul. Stanisława Staszica 4/LU1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 511167374                                                                       |
| identyfikator REGON                                | 388826481                                                                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                 |
| nazwa:                                             | Apteka Dermopharm                                                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków 30-075, ul. Racławicka 10                                                |
| telefon/ telefony                                  | 122656737                                                                       |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                      |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                 |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 23</b> |                                                                                 |
| nazwa:                                             | PRZEDSIĘBIORSTWO ZAOPATRZENIA FARMACEUTYCZNEGO "CEFARM-WARSZAWA" SPÓŁKA AKCYJNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KATOWICE, 40-431, ul. Szopienicka 77                                            |
| telefon/ telefony:                                 | 227338755                                                                       |
| identyfikator REGON                                | 012859010                                                                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                 |
| nazwa:                                             | APTEKA CEF@RM 36,6                                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-100, ul. Błonie 2 lok1/15                                            |
| telefon/ telefony                                  | 146966931                                                                       |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                      |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                 |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 24</b> |                                                                                 |
| 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                                                                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                 |
| nazwa:                                             | Apteka" Dr. Max"                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-346, ul. Stawowa 61/16                                               |
| telefon/ telefony                                  | 122650327                                                                       |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                      |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                 |
| nazwa:                                             | Apteka" Dr. Max"                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWY TARG, 34-400, ul. Królowej Jadwigi 17                                      |
| telefon/ telefony                                  | 182649935                                                                       |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                      |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                 |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 25</b> |                                                                                 |
| nazwa:                                             | CEFARM ŚLĄSKI 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                                                                       |

|                                                    |                                                               |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                               |
| nazwa:                                             | Apteka "Dr.Max"                                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOLBROM, 32-340, ul. Mariacka 6                               |
| telefon/ telefony                                  | 502579035                                                     |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                               |
| nazwa:                                             | Apteka "Dr.Max"                                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-663, ul. Wielicka 259/L.14A                        |
| telefon/ telefony                                  | 571245841                                                     |
| Data dodania do wykazu                             | 02.09.2022                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                               |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 26</b> |                                                               |
| nazwa:                                             | Anna Sobańska, 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                                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                               |
| nazwa:                                             | APTEKA "Codzienna"                                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-106, ul. Bolesława Komorowskiego 12                |
| telefon/ telefony                                  | 124212304                                                     |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                               |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 27</b> |                                                               |
| 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                                | 851784439                                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                               |
| nazwa:                                             | Apteka Cef@rm 36,6                                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BRZESKO, 32-800, ul. Królowej Jadwigi 3                       |
| telefon/ telefony                                  | 146864030                                                     |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                               |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 28</b> |                                                               |
| nazwa:                                             | "LEKCITO" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RYBNIK, 44-200, ul. Jana III Sobieskiego 1                    |
| telefon/ telefony:                                 | 182621962                                                     |
| identyfikator REGON                                | 432505990                                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                               |
| nazwa:                                             | Apteka Dr. Max                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRYNICA-ZDRÓJ, 33-380, ul. Kraszewskiego 83                   |
| telefon/ telefony                                  | 184716112                                                     |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                               |
| nazwa:                                             | Apteka Dr. Max                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GDÓW, 34-420, GDÓW 53                                         |
| telefon/ telefony                                  | 122846694                                                     |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                               |
| nazwa:                                             | Apteka Dr. Max                                                |

|                                                    |                                                              |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Papieska 39                           |
| telefon/ telefony                                  | 184452348                                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                              |
| nazwa:                                             | Apteka Dr. Max                                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZAKOPANE, 34-500, ul. Kamieniec 5                            |
| telefon/ telefony                                  | 723222410                                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>              |                                                              |
| nazwa:                                             | Apteka Dr. Max                                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BRZESKO, 32-800, ul. Sienkiewicza 5/1a                       |
| telefon/ telefony                                  | 146853285                                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                              |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 29</b> |                                                              |
| 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                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                              |
| nazwa:                                             | Apteka Twoje Leky                                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tarnów, 33-100, ul. Urszulańska 7                            |
| telefon/ telefony                                  | 146268367                                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                              |
| nazwa:                                             | APTEKA TWOJE LEKI                                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorlice, 38-300, ul. Węgierska 21                            |
| telefon/ telefony                                  | 183537023                                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                              |
| nazwa:                                             | APTEKA TWOJE LEKI                                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tarnów, 33-100, ul. Nowodąbrowska 127/1.01                   |
| telefon/ telefony                                  | 146395112                                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                              |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 30</b> |                                                              |
| 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/ telefony:                                 | 338751295                                                    |
| identyfikator REGON                                | 070901349                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                              |
| nazwa:                                             | Apteka "ANIMAR"                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Andrychów 34-120, ul. Stanisława Lenartowicza 40             |
| telefon/ telefony                                  | 338759155                                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31</b> |                                                              |
| nazwa:                                             | MIŁOŚZ WOŹNICZKO                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOLBROM, 32-340, ul. Jesionowa 6                             |
| telefon/ telefony:                                 | 602608121                                                    |

|                                                    |                                                                  |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| identyfikator REGON                                | 122511252                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                  |
| nazwa:                                             | Centrum Medyczne                                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOLBROM, 32-340, Krakowska 27                                    |
| telefon/ telefony                                  | 602608121                                                        |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                       |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                  |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 32</b> |                                                                  |
| 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                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                  |
| nazwa:                                             | Apteka FARMACJA 24                                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BOCHNIA 32-700, ul. Różana 19                                    |
| telefon/ telefony                                  | 146135377                                                        |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                       |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33</b> |                                                                  |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RZEZAWIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RZEZAWA, 32-765, ul. Wiśniowa 30                                 |
| telefon/ telefony:                                 | 146858410                                                        |
| identyfikator REGON                                | 850521962                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                  |
| nazwa:                                             | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RZEZAWA, 32-765, Wiśniowa 30                                     |
| telefon/ telefony                                  | 146127818                                                        |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                       |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34</b> |                                                                  |
| nazwa:                                             | Ewa Olchówka                                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Bolesława Chrobrego 8/2                    |
| telefon/ telefony:                                 | 501321608                                                        |
| identyfikator REGON                                | 120151134                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                  |
| nazwa:                                             | ATMA RESCUERS przy placu Słonecznym                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Piastowska 17                              |
| telefon/ telefony                                  | 574809307                                                        |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                       |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                  |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 35</b> |                                                                  |
| nazwa:                                             | APIS FARMACJA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łącko, 33-390, Łącko 843                                         |
| telefon/ telefony:                                 | 183315790                                                        |
| identyfikator REGON                                | 492919874                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                  |
| nazwa:                                             | Apteka Pod Magnolią                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Męcina 34-654, Męcina 880                                        |
| telefon/ telefony                                  | 183336885                                                        |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                       |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                  |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 36</b> |                                                                  |

|                                                    |                                                                                                |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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                                | 121529876                                                                                      |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                |
| nazwa:                                             | Apteka 4 Pory Roku                                                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Słowackiego 1                                                            |
| telefon/ telefony                                  | 338424473                                                                                      |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 37</b> |                                                                                                |
| nazwa:                                             | Katarzyna Nakielny                                                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RZĘZAWA, 32-765, ul. Długa 9                                                                   |
| telefon/ telefony:                                 | 515043293                                                                                      |
| identyfikator REGON                                | 389394836                                                                                      |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                |
| nazwa:                                             | DOZ Apteka Dbam o Zdrowie                                                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RZĘZAWA, 32-765, ul. Długa 9                                                                   |
| telefon/ telefony                                  | 795228099                                                                                      |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 38</b> |                                                                                                |
| 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                                                                                      |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                |
| nazwa:                                             | Apteka Hygieia Centrum Leków                                                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-214, ul. Bałtycka 3                                                                 |
| telefon/ telefony                                  | 124201417                                                                                      |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                |
| nazwa:                                             | Apteka Hygieia Centrum Leków                                                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-011, ul. Wrocławska 48                                                              |
| telefon/ telefony                                  | 126334432                                                                                      |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b> |                                                                                                |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PCIM, 32-432, Pcim 1                                                                           |
| telefon/ telefony:                                 | 122748501                                                                                      |
| identyfikator REGON                                | 122734242                                                                                      |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PCIM, 32-432, Pcim 1                                                                           |
| telefon/ telefony                                  | 122748672                                                                                      |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 40</b> |                                                                                                |
| nazwa:                                             | Marta Kobel, Bartłomiej Kobel działający jako wspólnicy s.c.                                   |

|                                                    |                                                                     |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RZAŚKA, 30-199, ul. Balicka 49A                                     |
| telefon/ telefony:                                 | 602836551                                                           |
| identyfikator REGON                                | 120524931                                                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                     |
| nazwa:                                             | Apteka Rzaśka                                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RZAŚKA, 30-199, ul. Balicka 49A                                     |
| telefon/ telefony                                  | 123575982                                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                     |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 41</b> |                                                                     |
| nazwa:                                             | APTEKA RODZINNA MGR FARM. KAMIL OLSZANECKI I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WADOWICE, 34-100, ul. Podgórska 6                                   |
| telefon/ telefony:                                 | 338738113                                                           |
| identyfikator REGON                                | 070615796                                                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                     |
| nazwa:                                             | Apteka Centrum Dla Zdrowia                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SPYTKOWICE, 34-116, ul. Rynek 32                                    |
| telefon/ telefony                                  | 334766332                                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                     |
| nazwa:                                             | Apteka Rodzinna Centrum Dla Zdrowia                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WADOWICE, 34-100, ul. Podgórska 6                                   |
| telefon/ telefony                                  | 338738113                                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                     |
| nazwa:                                             | Apteka Podhalanin                                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WADOWICE, 34-100, ul. Wojska Polskiego 17                           |
| telefon/ telefony                                  | 730203463                                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                     |
| nazwa:                                             | Apteka Rodzinna Centrum Dla Zdrowia                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stryków, 34-146, Stryków 626                                        |
| telefon/ telefony                                  | 338797779                                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                     |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 42</b> |                                                                     |
| nazwa:                                             | "ELFARM" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Płk. Władysława Beliny-Prażmowskiego 11      |
| telefon/ telefony:                                 | 185455555                                                           |
| identyfikator REGON                                | 121361715                                                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                     |
| nazwa:                                             | Apteka GEMINI                                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Płk. Władysława Beliny-Prażmowskiego 11      |
| telefon/ telefony                                  | 185461110                                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                     |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 43</b> |                                                                     |
| nazwa:                                             | WOJCIECH KOWALIK                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków 30-127, ul. Wesele 34                                        |
| telefon/ telefony:                                 | 126550140                                                           |

|                                                    |                                                                                                |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| identyfikator REGON                                | 350770385                                                                                      |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                |
| nazwa:                                             | APTEKA                                                                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków 30-552, ul. Wielicka 76                                                                 |
| telefon/ telefony                                  | 126550140                                                                                      |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44</b> |                                                                                                |
| 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:                                 | 122782824                                                                                      |
| identyfikator REGON                                | 350674687                                                                                      |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                |
| nazwa:                                             | Poradnia Ogólna - SPZLO w Wieliczce                                                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WIELICZKA, 32-020, Bolesława Szpunara 20                                                       |
| telefon/ telefony                                  | 733030577                                                                                      |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45</b> |                                                                                                |
| 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:                                 | 126440144, 126229465                                                                           |
| identyfikator REGON                                | 000630161                                                                                      |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                |
| nazwa:                                             | Poradnia chorób zakaźnych-KONTENER                                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-913, os. Na Skarpie 66                                                              |
| telefon/ telefony                                  | 126229502                                                                                      |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 46</b> |                                                                                                |
| nazwa:                                             | MAŁGORZATA STEC                                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WIEPRZ, 34-122, ul. Centralna 1                                                                |
| telefon/ telefony:                                 | 338770272                                                                                      |
| identyfikator REGON                                | 070876686                                                                                      |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                |
| nazwa:                                             | Apteka "Centrum"                                                                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WIEPRZ, 34-122, ul. Centralna 1                                                                |
| telefon/ telefony                                  | 338770272                                                                                      |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47</b> |                                                                                                |
| nazwa:                                             | Elżbieta Zielińska                                                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SĘKOWA, 38-307, Sękowa 323                                                                     |
| telefon/ telefony:                                 | 183518092                                                                                      |
| identyfikator REGON                                | 492828901                                                                                      |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                |
| nazwa:                                             | NZOZ Sękowa                                                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SĘKOWA, 38-307, Sękowa 323                                                                     |
| telefon/ telefony                                  | 183518092                                                                                      |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 48</b> |                                                                                                |
| nazwa:                                             | EUROPEJSKA XV SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                          |

|                                                    |                                                      |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KATOWICE, 40-058, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 22/23 |
| telefon/ telefony:                                 | 512171730                                            |
| identyfikator REGON                                | 366766253                                            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                      |
| nazwa:                                             | Apteka Dr. Max                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OŚWIĘCIM, 32-600, ul. Powstańców Śląskich 1/0.11     |
| telefon/ telefony                                  | 338411117                                            |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                           |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                      |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 49</b> |                                                      |
| nazwa:                                             | RADOŃ & BRZOSTOWSKA SPÓŁKA JAWNA                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SĘDZISZÓW MAŁOPOLSKI, 39-120, ul. Niepodległości 53  |
| telefon/ telefony:                                 | 505960011                                            |
| identyfikator REGON                                | 363031870                                            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                      |
| nazwa:                                             | Apteka Nova                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-100, ul. Romanowicza 39a                  |
| telefon/ telefony                                  | 505960011                                            |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                           |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                      |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 50</b> |                                                      |
| nazwa:                                             | APTEKA PRYWATNA KWIECIEŃ SPÓŁKA JAWNA                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-610, os. Tysiąclecia 42                   |
| telefon/ telefony:                                 | 606399955                                            |
| identyfikator REGON                                | 003886493                                            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                      |
| nazwa:                                             | Apteka Słoneczna                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Poniatowskiego 12             |
| telefon/ telefony                                  | 184731345                                            |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                           |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                      |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 51</b> |                                                      |
| nazwa:                                             | CANNA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁÓDŹ, 94-406, ul. Kinga C. Gilette 11                |
| telefon/ telefony:                                 | 736697723                                            |
| identyfikator REGON                                | 100337239                                            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                      |
| nazwa:                                             | Apteka Dbam o Zdrowie                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWY SĄCZ, 33-300, pl. Gen. Henryka Dąbrowskiego 1   |
| telefon/ telefony                                  | 736697723                                            |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                           |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                      |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 52</b> |                                                      |
| 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                                            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                      |
| nazwa:                                             | APTEKA COSMEDICA                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Węgierska 170/41              |
| telefon/ telefony                                  | 185408712                                            |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                           |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                      |

|                                                    |                                                                          |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                          |
| nazwa:                                             | APTEKA COSMEDICA                                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-100, ul. Szkotnik 1A/0.07                                     |
| telefon/ telefony                                  | 146480006                                                                |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                               |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53</b> |                                                                          |
| 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                                | 121274956                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                          |
| 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                                |
| telefon/ telefony                                  | 124431264,722946070                                                      |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                               |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                          |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 54</b> |                                                                          |
| nazwa:                                             | Iwona Dyka                                                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Poronin 34-520, ul. Józefa Piłsudskiego 97                               |
| telefon/ telefony:                                 | 182637350                                                                |
| identyfikator REGON                                | 380616347                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                          |
| nazwa:                                             | APTEKA PRIMA                                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Poronin 34-520, ul. Józefa Piłsudskiego 97                               |
| telefon/ telefony                                  | 182637350                                                                |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                               |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                          |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 55</b> |                                                                          |
| nazwa:                                             | Danmed Sp. z o.o.                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków 31-952, os. Uroczę 1                                              |
| telefon/ telefony:                                 | 124258523                                                                |
| identyfikator REGON                                | 120566697                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                          |
| nazwa:                                             | Apteka Gemini                                                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-936, os. Handlowe 8                                           |
| telefon/ telefony                                  | 571209605                                                                |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                               |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                          |
| nazwa:                                             | Apteka Gemini                                                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRYSPIŃÓW, 32-060, Kryspinów 463                                         |
| telefon/ telefony                                  | 123848493                                                                |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                               |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56</b> |                                                                          |
| nazwa:                                             | EWA JASIŃSKA-KRYCZKA                                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KOCMYRZÓW, 32-010, ul. Spółdzielców 3                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 126472028                                                                |
| identyfikator REGON                                | 351311461                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                          |
| nazwa:                                             | NZOZ Centrum Medyczne "Gastro-Medical"                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KOCMYRZÓW, 32-010, Spółdzielców 3                                        |

|                                                    |                                                                                                           |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| telefon/ telefony                                  | 126472028                                                                                                 |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                           |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 57</b> |                                                                                                           |
| nazwa:                                             | KOPFARM Mikołaj Kopiec                                                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KLUCZE, 32-310, ul. Zawierciańska 4                                                                       |
| telefon/ telefony:                                 | 327515303                                                                                                 |
| identyfikator REGON                                | 242987036                                                                                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                           |
| nazwa:                                             | Apteka Tęczowa                                                                                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BOLESŁAW, 32-329, ul. Laskowska 4a                                                                        |
| telefon/ telefony                                  | 327936285                                                                                                 |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58</b> |                                                                                                           |
| nazwa:                                             | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SZCZUCINIE                                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SZCZUCIN, 33-230, ul. Piłsudskiego 15                                                                     |
| telefon/ telefony:                                 | 146436195                                                                                                 |
| identyfikator REGON                                | 851745267                                                                                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                           |
| nazwa:                                             | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej                                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SZCZUCIN, 33-230, Piłsudskiego 15                                                                         |
| telefon/ telefony                                  | 146436236                                                                                                 |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                           |
| 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                             | 01.09.2022                                                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                                           |
| nazwa:                                             | Ośrodek Zdrowia w Brzezówce                                                                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BRZĘZÓWKA, 32-230, Brzezówka 155                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | 146431833                                                                                                 |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59</b> |                                                                                                           |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków                                                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48126623150                                                                                               |
| identyfikator REGON                                | 350995109                                                                                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                           |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków                                                                    |
| telefon/ telefony                                  | 126623182                                                                                                 |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                           |
| nazwa:                                             | Poradnia Badań Profilaktycznych w Krakowie                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków                                                                    |
| telefon/ telefony                                  | 126623182                                                                                                 |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                           |

|                                                    |                                                       |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 60</b> |                                                       |
| nazwa:                                             | APTEKA MANDRAGORA LELITO SPÓŁKA JAWNA                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-149, ul. Krzywa 13                         |
| telefon/ telefony:                                 | 124300409                                             |
| identyfikator REGON                                | 120887792                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                       |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ GRYPA - APTEKA OGÓLNODOSTĘPNA         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-149, ul. Krzywa 13                         |
| telefon/ telefony                                  | 124300409                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                            |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                       |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61</b> |                                                       |
| 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:                                 | 338488823                                             |
| identyfikator REGON                                | 357091167                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                       |
| nazwa:                                             | Punkt Szczepień                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | POLANKA WIELKA, 32-607, Długa 3                       |
| telefon/ telefony                                  | 338488823                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                            |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                       |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 62</b> |                                                       |
| nazwa:                                             | Angelika Nizińska                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-654, ul. Edwarda Heila 14                  |
| telefon/ telefony:                                 | 503547182                                             |
| identyfikator REGON                                | 121849405                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                       |
| nazwa:                                             | Apteka Orchis                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-693, ul. Adama Bochenka 10/5               |
| telefon/ telefony                                  | 123450605                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                            |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                       |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 63</b> |                                                       |
| nazwa:                                             | Joanna Piątkowska-Kowalik                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-398, ul. Bogucianka 4                      |
| telefon/ telefony:                                 | 122680229                                             |
| identyfikator REGON                                | 350674954                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                       |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ GRYPA - APTEKA W TYŃCU W MALWACH      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-398, ul. Bogucianka 4                      |
| telefon/ telefony                                  | 122680229                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                            |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                       |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ GRYPA - Apteka NaturFarm              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-896, al. Generała Bora-Komorowskiego 37    |
| telefon/ telefony                                  | 124133705                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                            |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                       |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 64</b> |                                                       |
| nazwa:                                             | "ZDROWE CENY" K. STĘPEK, G. SMOŁA SPÓŁKA JAWNA        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NIEPOŁOMICE, 32-005, ul. Rynek 15                     |
| telefon/ telefony:                                 | 660452131                                             |
| identyfikator REGON                                | 852613533                                             |

|                                                    |                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                   |
| nazwa:                                             | Apteka                                                                                                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PIWNICZNA-ZDRÓJ, 33-350, ul. Rynek 2                                                                              |
| telefon/ telefony                                  | 184465668                                                                                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                   |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 65</b> |                                                                                                                   |
| nazwa:                                             | ALICANTEE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-668, ul. Włotowa 1                                                                                     |
| telefon/ telefony:                                 | 126610849                                                                                                         |
| identyfikator REGON                                | 120363853                                                                                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                   |
| nazwa:                                             | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny                                                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-548, Al. Pokoju 14                                                                                     |
| telefon/ telefony                                  | 666036516                                                                                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66</b> |                                                                                                                   |
| 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 6880511                                                                                                        |
| identyfikator REGON                                | 851664020                                                                                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                   |
| nazwa:                                             | Mościckie Centrum Medyczne - Poradnia Rodzinna                                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-101, E. Kwiatkowskiego 15                                                                              |
| telefon/ telefony                                  | 146880550                                                                                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67</b> |                                                                                                                   |
| 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                                                                                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                   |
| nazwa:                                             | Miejska Przychodnia Lekarska Nr I NZOZ Sp. z o.o.                                                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-100, Chemiczna 12                                                                                      |
| telefon/ telefony                                  | 146330692                                                                                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                   |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 68</b> |                                                                                                                   |
| nazwa:                                             | PZF CEFARM-KRAKÓW S.A.                                                                                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 30-716, ul. Albatrosów 1                                                                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 122733687                                                                                                         |
| identyfikator REGON                                | 356686600                                                                                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                   |
| nazwa:                                             | Apteka Dbam o Zdrowie                                                                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-100, ul. Władysława Reymonta 35                                                                        |
| telefon/ telefony                                  | 736697794                                                                                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69</b> |                                                                                                                   |

|                                                    |                                                                                         |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| nazwa:                                             | CENTRUM MEDYCZNE "KOL-MED" SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD<br>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                                                                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                         |
| nazwa:                                             | Centrum Medyczne KOL-MED w Tarnowie - Punkt Szczepień                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-100, Plac Dworcowy 6                                                         |
| telefon/ telefony                                  | 146276075                                                                               |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                              |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                         |
| nazwa:                                             | Centrum Medyczne "KOL-MED"                                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BOCHNIA 32-700, ul. Wojska Polskiego 7                                                  |
| telefon/ telefony                                  | 146112225                                                                               |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                              |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                         |
| nazwa:                                             | Centrum Medyczne "KOL-MED"                                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BRZESKO, 32-800, ul. Dworcowa 1                                                         |
| telefon/ telefony                                  | 146631660                                                                               |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                              |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                         |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 70</b> |                                                                                         |
| nazwa:                                             | BEATA SOPALA                                                                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ciężkowice 33-190, ul. Św. Floriana 9                                                   |
| telefon/ telefony:                                 | 146510930                                                                               |
| identyfikator REGON                                | 850190086                                                                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                         |
| nazwa:                                             | APTEKA RYNEK                                                                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ciężkowice 33-190, Rynek 26                                                             |
| telefon/ telefony                                  | 146505099                                                                               |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                              |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                         |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 71</b> |                                                                                         |
| 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                                                                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                         |
| nazwa:                                             | Apteka Jana Kantego                                                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KĘTY, 32-650, ul. Legionów 28                                                           |
| telefon/ telefony                                  | 608300352                                                                               |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                              |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                         |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72</b> |                                                                                         |
| nazwa:                                             | NZOZ MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SZCZUROWA, 32-820, ul. Rynek 1                                                          |
| telefon/ telefony:                                 | 146714777                                                                               |
| identyfikator REGON                                | 010649508                                                                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                         |
| nazwa:                                             | NZOZ MEDYK Sp.z o.o.                                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SZCZUROWA, 32-820, Rynek 1                                                              |
| telefon/ telefony                                  | 146714777                                                                               |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                              |

|                                                    |                                                                     |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73</b> |                                                                     |
| 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                                                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                     |
| nazwa:                                             | Punkt szczepień                                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-415, Wadowicka 8W                                        |
| telefon/ telefony                                  | 122528761                                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                     |
| nazwa:                                             | Poradnia lekarza POZ                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-216, Andrzeja Frycza-Modrzewskiego 2                     |
| telefon/ telefony                                  | 124162550                                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                     |
| nazwa:                                             | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWY SĄCZ, 33-300, ul. Józefa Poniatowskiego 2                      |
| telefon/ telefony                                  | 184407750                                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                     |
| nazwa:                                             | Centrum Medyczne LUX MED. Sp. Zo.o.                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-476, ul. Lublańska 38                                    |
| telefon/ telefony                                  | 122903272                                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>              |                                                                     |
| nazwa:                                             | Centrum Medyczne LUX MED. Sp. Zo.o.                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-358, ul. Jasnogórska 11                                  |
| telefon/ telefony                                  | 122570520                                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>              |                                                                     |
| nazwa:                                             | Centrum Medyczne LUX MED. Sp. Zo.o. - Punkt szczepień dla dorosłych |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-392, ul. Czerwone Maki 87                                |
| telefon/ telefony                                  | 122858040                                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>              |                                                                     |
| nazwa:                                             | Centrum Medyczne LUX MED. Sp. Zo.o. - Punkt szczepień dla dzieci    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-392, ul. Czerwone Maki 87                                |
| telefon/ telefony                                  | 122858040                                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>              |                                                                     |
| nazwa:                                             | Centrum Medyczne LUX MED. Sp. Zo.o. - Punkt szczepień dla dorosłych |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-644, ul. Puskarska 7H                                    |
| telefon/ telefony                                  | 123400122                                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                     |

|                                                    |                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>9 Miejsce udzielania świadczeń 9</b>            |                                                                                                                        |
| nazwa:                                             | Centrum Medyczne LUX MED. Sp. Zo.o. - Punkt szczepień dla dzieci                                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-644, ul. Puskarska 7H                                                                                       |
| telefon/ telefony                                  | 123400122                                                                                                              |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74</b> |                                                                                                                        |
| nazwa:                                             | CM UNIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-131, ul. Młodej Polski 7                                                                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 124158112                                                                                                              |
| identyfikator REGON                                | 357197049                                                                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                        |
| nazwa:                                             | Poradnia domowego leczenia tlenem                                                                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 30-131, Młodej Polski 7                                                                                        |
| telefon/ telefony                                  | 124158112                                                                                                              |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75</b> |                                                                                                                        |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MIEJSKA PRZYZCHODNIA LEKARSKA NR 5 SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-100, ul. Długa 18                                                                                           |
| telefon/ telefony:                                 | 146242217                                                                                                              |
| identyfikator REGON                                | 851792976                                                                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                        |
| nazwa:                                             | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-100, Długa 18                                                                                               |
| telefon/ telefony                                  | 146880850,1                                                                                                            |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76</b> |                                                                                                                        |
| nazwa:                                             | "CENTERMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-100, pl. Jana Sobieskiego 2                                                                                 |
| telefon/ telefony:                                 | 146314800                                                                                                              |
| identyfikator REGON                                | 851659993                                                                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                        |
| 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                                  | 146270810                                                                                                              |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                        |
| 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                             | 01.09.2022                                                                                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                                                        |
| 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                             | 01.09.2022                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                                     |
| nazwa:                                             | Centrum Medyczne CenterMed - Szkotnik                                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-300, ul. Szkotnik 19                                                     |
| telefon/ telefony                                  | 146284352                                                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>              |                                                                                     |
| nazwa:                                             | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-300, ul. Fryderyka Chopina 3                                             |
| telefon/ telefony                                  | 146273388                                                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>              |                                                                                     |
| nazwa:                                             | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-300, ul. Słoneczna 32                                                    |
| telefon/ telefony                                  | 146271840                                                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77</b> |                                                                                     |
| nazwa:                                             | NMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-100, ul. Parkowa 2                                                       |
| telefon/ telefony:                                 | 146284143                                                                           |
| identyfikator REGON                                | 852752594                                                                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                     |
| nazwa:                                             | Przychodnia Rodzinna nMedica                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-100, ul. Parkowa 2                                                       |
| telefon/ telefony                                  | 146284143                                                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78</b> |                                                                                     |
| nazwa:                                             | PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ S.C. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁAPANÓW, 32-740, Łapanów 186                                                        |
| telefon/ telefony:                                 | 146134401                                                                           |
| identyfikator REGON                                | 357057710                                                                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                     |
| nazwa:                                             | Poradnia lekarza rodzinnego                                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁAPANÓW, 32-740, Łapanów 186                                                        |
| telefon/ telefony                                  | 146134401                                                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                     |
| nazwa:                                             | Poradnia Medycyny Rodzinnej s.c. NZOZ, Ośrodek Zdrowia, Poradnia Lekarza Rodzinnego |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SOBOLÓW, 32-742, Sobolów 97                                                         |
| telefon/ telefony                                  | 146854500                                                                           |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79</b> |                                                                                     |
| nazwa:                                             | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stryszowie                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | STRYSZÓW, 34-146, Stryszów 557                                                      |
| telefon/ telefony:                                 | 338797585                                                                           |
| identyfikator REGON                                | 357002838                                                                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                     |

|                                                    |                                                                          |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| nazwa:                                             | punkt szczepień Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stryszowie |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | STRYSZÓW, 34-146, Stryszów 557                                           |
| telefon/ telefony                                  | 338797495                                                                |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                               |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80</b> |                                                                          |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Laskowej                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Laskowa, 34-602, Laskowa 428                                             |
| telefon/ telefony:                                 | 183333009                                                                |
| identyfikator REGON                                | 491991036                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                          |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Laskowej                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Laskowa, 34-602, Laskowa 428                                             |
| telefon/ telefony                                  | 183378800                                                                |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                               |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81</b> |                                                                          |
| nazwa:                                             | ZESPÓŁ PRZYCHODNI I OŚRODKÓW ZDROWIA-KRZESZOWICKIE CENTRUM ZDROWIA       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRZESZOWICE, 32-065, ul. Legionów Polskich 30                            |
| telefon/ telefony:                                 | 122820401                                                                |
| identyfikator REGON                                | 357101150                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                          |
| nazwa:                                             | Poradnia lekarza POZ                                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRZESZOWICE, 32-065, Legionów Polskich 30                                |
| telefon/ telefony                                  | 122821100                                                                |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                               |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                          |
| nazwa:                                             | Gabinet lekarza POZ                                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZALAS, 32-067, ul. ks.P.P.Gawlikowskiego 78                              |
| telefon/ telefony                                  | 122836060                                                                |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                               |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                          |
| nazwa:                                             | Gabinet lekarza POZ                                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWA GÓRA, 32-065, Krakowska 6                                           |
| telefon/ telefony                                  | 122835015                                                                |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                               |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                          |
| nazwa:                                             | Gabinet lekarza POZ                                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TENCZYNEK, 32-067, ul. Władysława Reymonta 1                             |
| telefon/ telefony                                  | 122821788                                                                |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                               |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82</b> |                                                                          |
| 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:                                 | 338475800                                                                |
| identyfikator REGON                                | 356755464                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                          |
| nazwa:                                             | NZOZ "HIPOKRATES"                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KĘTY, 32-650, Henryka Sienkiewicza 13                                    |
| telefon/ telefony                                  | 338475800                                                                |

|                                                    |                                                                |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83</b> |                                                                |
| nazwa:                                             | DIAPERUM POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA, 04-769, ul. Cylichowska 13/15                        |
| telefon/ telefony:                                 | 126866088                                                      |
| identyfikator REGON                                | 140878910                                                      |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Diaverum Kraków Młodości |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-908, os. Młodości 11                                |
| telefon/ telefony                                  | 126866088                                                      |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84</b> |                                                                |
| nazwa:                                             | "OLMED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OLKUSZ, 32-300, ul. Zofii Nałkowskiej 1                        |
| telefon/ telefony:                                 | 326433713                                                      |
| identyfikator REGON                                | 357108382                                                      |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OLKUSZ, 32-300, ul. Nałkowskiej 1                              |
| telefon/ telefony                                  | 326433713                                                      |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85</b> |                                                                |
| nazwa:                                             | BRONIEK - SETKIEWICZ - LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RYGLICE, 33-160, ul. Tarnowska 21                              |
| telefon/ telefony:                                 | 146541009                                                      |
| identyfikator REGON                                | 852624028                                                      |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                |
| nazwa:                                             | Poradnia lekarza POZ                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RYGLICE, 33-160, Tarnowska 21                                  |
| telefon/ telefony                                  | 146541009                                                      |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 86</b> |                                                                |
| nazwa:                                             | GEMMA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-118, ul. Podwale 6                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 736697967                                                      |
| identyfikator REGON                                | 120370095                                                      |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                |
| nazwa:                                             | Apteka Dbam o Zdrowie                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-154, ul. Pawia 5/20                                 |
| telefon/ telefony                                  | 736697967                                                      |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 87</b> |                                                                |
| nazwa:                                             | Apteka Niskie Ceny Sp. z o.o.                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-100, ul. Długa 19                                   |
| telefon/ telefony:                                 | 146242400                                                      |
| identyfikator REGON                                | 366875002                                                      |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                |
| nazwa:                                             | Apteka                                                         |

|                                                    |                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-100, ul. Czerwonych Klonów 4                                                                                       |
| telefon/ telefony                                  | 146390980                                                                                                                     |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                               |
| nazwa:                                             | Apteka                                                                                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-100, ul. Długa 19                                                                                                  |
| telefon/ telefony                                  | 146242400                                                                                                                     |
| Data dodania do wykazu                             | 02.09.2022                                                                                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                               |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88</b> |                                                                                                                               |
| 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:                                 | 326441029                                                                                                                     |
| identyfikator REGON                                | 357208244                                                                                                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                               |
| nazwa:                                             | Poradnia Lekarza Rodzinnego                                                                                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOLBROM, 32-340, Skalska 22                                                                                                   |
| telefon/ telefony                                  | 570560622                                                                                                                     |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                               |
| nazwa:                                             | Punkt Szczepień w Dłużcu                                                                                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | DŁUŻEC, 32-340, Dłużec 87a                                                                                                    |
| telefon/ telefony                                  | 326447010                                                                                                                     |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                                                               |
| nazwa:                                             | Punkt Szczepień w Łobzowie                                                                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁOBZÓW, 32-340, Łobzów 157                                                                                                    |
| telefon/ telefony                                  | 326441185                                                                                                                     |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                                                                               |
| nazwa:                                             | Punkt Szczepień w Zarzeczcu                                                                                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZARZECZE, 32-340, ul. Zacisze 12                                                                                              |
| telefon/ telefony                                  | 326465174                                                                                                                     |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                               |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89</b> |                                                                                                                               |
| nazwa:                                             | ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" S.C.<br>JERZY PŁATEK, ANDRZEJ SZOPIŃSKI, MAŁGORZATA PŁATEK,<br>ZOFIA SZOPIŃSKA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KLECZA GÓRNA, 34-124, Klecza Górna 119                                                                                        |
| telefon/ telefony:                                 | 338722166                                                                                                                     |
| identyfikator REGON                                | 851812970                                                                                                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                               |
| nazwa:                                             | Poradnia Lekarza POZ w Kleczy Górnej                                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KLECZA GÓRNA, 34-124, Klecza Górna 119                                                                                        |
| telefon/ telefony                                  | 338722166                                                                                                                     |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                               |
| nazwa:                                             | Poradnia Lekarza POZ w Wysokiej                                                                                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WYSOKA, 34-105, Wysoka 309                                                                                                    |

|                                                    |                                                                           |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| telefon/ telefony                                  | 338737584                                                                 |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                           |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 90</b> |                                                                           |
| 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                                                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                           |
| nazwa:                                             | Apteka Jordanowska                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | JORDANÓW, 34-240, ul. Rynek 3                                             |
| telefon/ telefony                                  | 182675303                                                                 |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91</b> |                                                                           |
| 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:                                 | 146653999                                                                 |
| identyfikator REGON                                | 852486721                                                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                           |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Centrum Zdrowia"                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZAKLICZYN, 32-840, ul. Tarnowska 9                                        |
| telefon/ telefony                                  | 146653427                                                                 |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92</b> |                                                                           |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2                                      |
| telefon/ telefony:                                 | 603852893                                                                 |
| identyfikator REGON                                | 000300570                                                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                           |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2                                      |
| telefon/ telefony                                  | 603852893                                                                 |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93</b> |                                                                           |
| nazwa:                                             | LUB-MED OLGA CZARNECKA-MIRGOS, TOMASZ MIRGOS S.C.                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LUBIEŃ, 32-433, Lubień 475                                                |
| telefon/ telefony:                                 | 18 26 82 012                                                              |
| identyfikator REGON                                | 357095142                                                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                           |
| nazwa:                                             | Poradnia lekarza POZ                                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LUBIEŃ, 32-433, Lubień 475                                                |
| telefon/ telefony                                  | 533657655,188881031                                                       |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94</b> |                                                                           |
| 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:                                 | 122701999, 122701270, 122777177                                           |
| identyfikator REGON                                | 351571541                                                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                           |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilanach               |

|                                                    |                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MOGILANY, 32-031, Św. Bartłomieja Apostoła 21                                                                         |
| telefon/ telefony                                  | 122777170                                                                                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                                            |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                       |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95</b> |                                                                                                                       |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - "UGOREK" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-455, ul. Ułanów 29A                                                                                        |
| telefon/ telefony:                                 | 124173134                                                                                                             |
| identyfikator REGON                                | 357078095                                                                                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                       |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Ugorek” – Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KRAKÓW, 31-455, ul. Ułanów 29A                                                                                        |
| telefon/ telefony                                  | 124173134                                                                                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                                            |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                       |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96</b> |                                                                                                                       |
| 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:                                 | 146889022                                                                                                             |
| identyfikator REGON                                | 851793065                                                                                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                       |
| nazwa:                                             | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARNÓW, 33-100, Wałowa 22                                                                                             |
| telefon/ telefony                                  | 146889020                                                                                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                                            |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                       |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 97</b> |                                                                                                                       |
| 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                                                                                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                       |
| nazwa:                                             | Apteka DOBRA                                                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | DOBRA, 34-642, Dobra 426                                                                                              |
| telefon/ telefony                                  | 183330779                                                                                                             |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2022                                                                                                            |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                       |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98</b> |                                                                                                                       |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SUŁOSZOWEJ                                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SUŁOSZOWA, 32-045, ul. Bankowa 6                                                                                      |
| telefon/ telefony:                                 | 123896054                                                                                                             |
| identyfikator REGON                                | 357101894                                                                                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                       |
| nazwa:                                             | PUKNT SZCZEPIEŃ                                                                                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SUŁOSZOWA, 32-045, Bankowa 6                                                                                          |
| telefon/ telefony                                  | 123896054, 123896055                                                                                                  |
| Data dodania do wykazu                             | 02.09.2022                                                                                                            |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                       |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99</b> |                                                                                                                       |
| nazwa:                                             | COR VITA S.C. MIECZYŚLAW, TERESA CIĘŻAREK                                                                             |

|                                                     |                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-105, ul. Tadeusza Kościuszki 35                                                         |
| telefon/ telefony:                                  | 124293535                                                                                          |
| identyfikator REGON                                 | 351356386                                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    |
| nazwa:                                              | Cor Vita Punkt szczepień                                                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-105, ul. Tadeusza Kościuszki 35                                                         |
| telefon/ telefony                                   | 124293535                                                                                          |
| Data dodania do wykazu                              | 02.09.2022                                                                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 100</b> |                                                                                                    |
| 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                                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    |
| nazwa:                                              | DOZ Apteka Dbam o Zdrowie                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-611, ul. Stojałowskiego 6                                                               |
| telefon/ telefony                                   | 736697717                                                                                          |
| Data dodania do wykazu                              | 02.09.2022                                                                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101</b> |                                                                                                    |
| 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:                                  | 146153400                                                                                          |
| identyfikator REGON                                 | 000304349                                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    |
| 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                                   | 695190178                                                                                          |
| Data dodania do wykazu                              | 02.09.2022                                                                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102</b> |                                                                                                    |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBREJ                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DOBRA, 34-642, Dobra 545                                                                           |
| telefon/ telefony:                                  | 183330011                                                                                          |
| identyfikator REGON                                 | 491981440                                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Dobrej - Punkt Szczepień              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DOBRA, 34-642, Dobra 545                                                                           |
| telefon/ telefony                                   | 183330011                                                                                          |
| Data dodania do wykazu                              | 02.09.2022                                                                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                    |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 103</b> |                                                                                                    |
| 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                                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    |
| nazwa:                                              | Apteka Hygieia                                                                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-107, ul. Plac Na Stawach 1                                                              |
| telefon/ telefony                                   | 124270222                                                                                          |

|                                                     |                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                              | 02.09.2022                                                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104</b> |                                                                                                   |
| 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:                                  | 182623046                                                                                         |
| identyfikator REGON                                 | 491984929                                                                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KROŚCIENKO NAD DUNAJCEM, 34-450, Esperanto 2                                                      |
| telefon/ telefony                                   | 182623046                                                                                         |
| Data dodania do wykazu                              | 02.09.2022                                                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105</b> |                                                                                                   |
| nazwa:                                              | MEDICUM PETLIC LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA                                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWODWORZE, 33-112, Nowodworze 70                                                                 |
| telefon/ telefony:                                  | 146795124                                                                                         |
| identyfikator REGON                                 | 852507469                                                                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUM" Petlic L.s.p. Ośrodek Zdrowia w Nowodworzu        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWODWORZE, 33-112, Nowodworze 70                                                                 |
| telefon/ telefony                                   | 146795214                                                                                         |
| Data dodania do wykazu                              | 02.09.2022                                                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                   |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUM" Petlic L.s.p. Ośrodek Zdrowia w Woli Rzędzińskiej |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOLA RZĘDZIŃSKA, 33-150, Wola Rzędzińska 184a                                                     |
| telefon/ telefony                                   | 146792194                                                                                         |
| Data dodania do wykazu                              | 02.09.2022                                                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 106</b> |                                                                                                   |
| nazwa:                                              | INSIEME SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-261, ul. Rusznikarska 17                                                               |
| telefon/ telefony:                                  | 882929809                                                                                         |
| identyfikator REGON                                 | 122699586                                                                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   |
| nazwa:                                              | Apteka Niezapominajka dla całej rodziny                                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-618, os. Złotego Wieku 80                                                              |
| telefon/ telefony                                   | 126479301,788656022                                                                               |
| Data dodania do wykazu                              | 05.09.2022                                                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107</b> |                                                                                                   |
| nazwa:                                              | "PULS ADAM I BEATA RAUK SPÓŁKA JAWNA"                                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ANDRYCHÓW, 34-120, ul. Krakowska 140A                                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 338757601                                                                                         |
| identyfikator REGON                                 | 851730975                                                                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   |
| nazwa:                                              | Praktyka Lekarza Rodzinnego w Andrychowie                                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ANDRYCHÓW, 34-120, Krakowska 140a                                                                 |
| telefon/ telefony                                   | 338757601                                                                                         |
| Data dodania do wykazu                              | 05.09.2022                                                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                   |

|                                                      |                                                                                              |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| nazwa:                                               | punkt szczepień Praktyka Lekarza Rodzinnego w Roczynach                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | ROCZYNY, 34-120, Bielska 87                                                                  |
| telefon/ telefony                                    | 338702749                                                                                    |
| Data dodania do wykazu                               | 05.09.2022                                                                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |                                                                                              |
| <b>8Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108</b> |                                                                                              |
| 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                                                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |                                                                                              |
| nazwa:                                               | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PRZY BASENIE" Sp. z o.o.                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | ANDRYCHÓW, 34-120, Aleja Adama Wietrznego 3                                                  |
| telefon/ telefony                                    | 338704990                                                                                    |
| Data dodania do wykazu                               | 05.09.2022                                                                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |                                                                                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109</b>  |                                                                                              |
| nazwa:                                               | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GOŁCZY                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | GOŁCZA, 32-075, Gołcza 80C-D                                                                 |
| telefon/ telefony:                                   | 123886099                                                                                    |
| identyfikator REGON                                  | 351566391                                                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |                                                                                              |
| nazwa:                                               | Ośrodek Zdrowia w Gołczy                                                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | GOŁCZA, 32-075, Gołcza 80 C-D                                                                |
| telefon/ telefony                                    | 123886099                                                                                    |
| Data dodania do wykazu                               | 05.09.2022                                                                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |                                                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                |                                                                                              |
| nazwa:                                               | Ośrodek Zdrowia w Szreniawie                                                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | SZRENIAWA, 32-075, Szreniawa 123                                                             |
| telefon/ telefony                                    | 123886093                                                                                    |
| Data dodania do wykazu                               | 05.09.2022                                                                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |                                                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                |                                                                                              |
| nazwa:                                               | Ośrodek Zdrowia w Wysocicach                                                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | WYSOCICE, 32-075, Wysocice 36                                                                |
| telefon/ telefony                                    | 123899426                                                                                    |
| Data dodania do wykazu                               | 05.09.2022                                                                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |                                                                                              |
| <b>Podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 110</b>  |                                                                                              |
| nazwa:                                               | Centrum Tanich Leków IV Chojnacki sp. j.                                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | KRAKÓW, 31-423, ul. ózefa łepkowskiego 5                                                     |
| telefon/ telefony:                                   | 124136136                                                                                    |
| identyfikator REGON                                  | 351085160                                                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |                                                                                              |
| nazwa:                                               | PUNKT SZCZEPIEŃ GRYPY - Apteka Hygieia                                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | ANDRYCHÓW, 34-120, ul. Lenartowicza 7                                                        |
| telefon/ telefony                                    | 338704031                                                                                    |
| Data dodania do wykazu                               | 05.09.2022                                                                                   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |                                                                                              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111</b>  |                                                                                              |
| nazwa:                                               | NIEPUBLICZNY Z-D OPIEKI ZDROW. LEKARZE RODZINNI PRAKTYKA GRUPOWA S.C.                        |

|                                                     |                                                                                |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-709, ul. Stoczniowców 7                                             |
| telefon/ telefony:                                  | 126561474                                                                      |
| identyfikator REGON                                 | 351248892                                                                      |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                |
| nazwa:                                              | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-709, ul. Stoczniowców 7                                             |
| telefon/ telefony                                   | 126561474,122666899                                                            |
| Data dodania do wykazu                              | 05.09.2022                                                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-231, ul. Bociana 4d/26                                              |
| telefon/ telefony                                   | 123538848                                                                      |
| Data dodania do wykazu                              | 05.09.2022                                                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112</b> |                                                                                |
| nazwa:                                              | "MEDBUK" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BUKOWNO, 32-332, ul. Zwycięstwa 9                                              |
| telefon/ telefony:                                  | 326421033 326460303                                                            |
| identyfikator REGON                                 | 357078920                                                                      |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BUKOWNO, 32-332, Zwycięstwa 9                                                  |
| telefon/ telefony                                   | 326421033                                                                      |
| Data dodania do wykazu                              | 05.09.2022                                                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113</b> |                                                                                |
| 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:                                  | 517734137                                                                      |
| identyfikator REGON                                 | 351496408                                                                      |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                |
| nazwa:                                              | Przychodnia Medycyna Polska                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-530, ul. Św. Łazarza 14                                             |
| telefon/ telefony                                   | 124283700                                                                      |
| Data dodania do wykazu                              | 05.09.2022                                                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114</b> |                                                                                |
| nazwa:                                              | Jarosław Zachara                                                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BORZĘCIN, 32-825, Borzęcin 87B                                                 |
| telefon/ telefony:                                  | 146846009                                                                      |
| identyfikator REGON                                 | 850509056                                                                      |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BORZĘCIN, 32-825, Borzęcin 87b                                                 |
| telefon/ telefony                                   | 146846009                                                                      |
| Data dodania do wykazu                              | 05.09.2022                                                                     |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115</b> |                                                                                |
| 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:                                  | 183536597                                                                      |
| identyfikator REGON                                 | 492728329                                                                      |

|                                                     |                                                                                   |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   |
| nazwa:                                              | Gabinet lekarski POZ                                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GORLICE, 38-300, Władysława Jagiełły 10                                           |
| telefon/ telefony                                   | 183536597                                                                         |
| Data dodania do wykazu                              | 05.09.2022                                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116</b> |                                                                                   |
| nazwa:                                              | JANUSZ KRZYSZTOŃ                                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków, 30-820, ul. Szara 10                                                      |
| telefon/ telefony:                                  | 126586227                                                                         |
| identyfikator REGON                                 | 351164474                                                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gabinet Lekarza Rodzinnego Janusz Krzysztoń |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-838, ul. Heleny 2                                                      |
| telefon/ telefony                                   | 126573478                                                                         |
| Data dodania do wykazu                              | 05.09.2022                                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117</b> |                                                                                   |
| nazwa:                                              | KAROLINA WERCHOWIECKA-PARDYGAŁ I TOMASZ PARDYGAŁ SPÓŁKA JAWNA                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-698, ul. Rymanowska 7                                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 123994960                                                                         |
| identyfikator REGON                                 | 368801261                                                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 30-394, Skotnicka 230A                                                    |
| telefon/ telefony                                   | 123994960                                                                         |
| Data dodania do wykazu                              | 05.09.2022                                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118</b> |                                                                                   |
| nazwa:                                              | Alina Rawska                                                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PASZKÓWKA, 34-113, ul. Pałacowa 27                                                |
| telefon/ telefony:                                  | 338793048                                                                         |
| identyfikator REGON                                 | 070196260                                                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   |
| nazwa:                                              | NZOZ Ośrodek Zdrowia w Paszkówce                                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PASZKÓWKA, 34-113, ul. Pałacowa 27                                                |
| telefon/ telefony                                   | 338793048                                                                         |
| Data dodania do wykazu                              | 05.09.2022                                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119</b> |                                                                                   |
| 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                                                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   |
| nazwa:                                              | Publiczny Samodzielny Ośrodek Zdrowia w Radłowie                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADŁÓW, 33-130, ul. Brzeska 9                                                     |
| telefon/ telefony                                   | 146782005                                                                         |
| Data dodania do wykazu                              | 05.09.2022                                                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120</b> |                                                                                   |
| nazwa:                                              | ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLKUSZ, 32-300, ul. Króla Kazimierza Wielkiego 110                                |

|                                                     |                                                                          |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                  | 326470105                                                                |
| identyfikator REGON                                 | 357226874                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLKUSZ, 32-300, Króla Kazimierza Wielkiego 110                           |
| telefon/ telefony                                   | 326470105                                                                |
| Data dodania do wykazu                              | 05.09.2022                                                               |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121</b> |                                                                          |
| 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:                                  | 184430910                                                                |
| identyfikator REGON                                 | 491980601                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          |
| nazwa:                                              | punkt szczepień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PRAXIS" sp.z.o.o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY SĄCZ, 33-300, Św. Heleny 30B                                        |
| telefon/ telefony                                   | 184430910                                                                |
| Data dodania do wykazu                              | 05.09.2022                                                               |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122</b> |                                                                          |
| nazwa:                                              | EMEDICUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-537, al. Ignacego Daszyńskiego 7/15                           |
| telefon/ telefony:                                  | 123806060                                                                |
| identyfikator REGON                                 | 387681135                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          |
| nazwa:                                              | Przychodnia eMedicus                                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW, 31-636, os. Oświecenia 44/7a                                     |
| telefon/ telefony                                   | 123806060                                                                |
| Data dodania do wykazu                              | 05.09.2022                                                               |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123</b> |                                                                          |
| 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:                                  | 146422405                                                                |
| identyfikator REGON                                 | 851777155                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          |
| nazwa:                                              | Miejska Przychodnia                                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DĄBROWA TARNOWSKA, 33-200, Piłsudskiego 23                               |
| telefon/ telefony                                   | 146422405                                                                |
| Data dodania do wykazu                              | 05.09.2022                                                               |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |