

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

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	Lux Med Tabita Sp. z o.o.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Konstancin- Jeziorna/05-510/ Długa 43				
telefon/ telefony:	22/ 737-64-04; 22/737-64-00				
identyfikator REGON	142096116				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	Oddział Rehabilitacji Neurologicznej				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Konstancin- Jeziorna/05-510/ Długa 43		<b>X</b>		
telefon/ telefony	22/ 737-64-04; 22/737-64-00				
Data dodania do wykazu	2021-04-23				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	NZ ZOZ "Wigor" Sp. z o.o.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Legionowo/05-120/ Kozińskiego 9				
telefon/ telefony:	22/690-00-99				
identyfikator REGON	385993793				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Legionowo/05-120/ Pomorska 6		<b>X</b>		
telefon/ telefony	22/690-00-99				
Data dodania do wykazu	2021-04-23				
Data wykreślenia z wykazu					

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

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

Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MŁAWA/06-500/ANNY DOBRSKIEJ 1				
telefon/ telefony	23/654-32-35 WEW.292				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa/02-637/ Spartańska 1				
telefon/ telefony:	22/670-93-20				
identyfikator REGON	000288567				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Klinika Rehabilitacji Reumatologicznej		X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa/02-637/ Spartańska 1				
telefon/ telefony	22/ 67-09-176				
Data dodania do wykazu	2021-04-26				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-637/SPARTAŃSKA 1				
telefon/ telefony	22/670-94-18				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					

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

Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzewo/09-500/Kruk 5				
telefon/ telefony	24/236-03-68				
Data dodania do wykazu	2021-06-02				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Wojskowy Instytut Medyczny				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa/04-141/Szaserów 128				
telefon/ telefony:	261 817 745				
identyfikator REGON	015294487				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Klinika Rehabilitacji		X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa/04-141/Szaserów 128				
telefon/ telefony	261 816 773, 261 817 666				
Data dodania do wykazu	2021-04-27				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Pracownia Fizjoterapii			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa/04-141/Szaserów 128				
telefon/ telefony	261 816 236				
Data dodania do wykazu	2021-04-30				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Uzdrowisko Konstanicyn - Zdrój S.A.				

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Konstancin-Jeziorna/05-510/ Suer Ryder 1				
telefon/ telefony:	22 484 28 00				
identyfikator REGON	000288320				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	Sanatorium Uzdrowiskowe "Konstancja"	<b>X</b>			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Konstancin-Jeziorna/05-510/Źródłana 6/8				
telefon/ telefony	22 484 28 76, 667 771 125				
Data dodania do wykazu	2021-04-28				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	Oddział Rehabilitacji	<b>X</b>			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Konstancin-Jeziorna/05-510/ Sue Ryder 1				
telefon/ telefony	22-4842863				
Data dodania do wykazu	2021-04-30				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	MEDCARE SP. Z O.O.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĘBE WIELKIE/05-311/PEDAGOGÓW 18				
telefon/ telefony:	514-532-962				
identyfikator REGON	366989303				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa	PRACOWNIA FIZJOTERAPII	<b>X</b>			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIŃSK MAZOWIECKI/05-300/JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 43				
telefon/ telefony	730-700-386				
Data dodania do wykazu	2021-04-30				

Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ SIERPC				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIERPC/09-200/GABRIELA NARUTOWICZA 17A				X
telefon/ telefony	730-700-386				
Data dodania do wykazu	2021-04-30				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 3		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIŃSK MAZOWIECKI/05-300/JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 43				X
telefon/ telefony	730-700-386				
Data dodania do wykazu	2021-04-30				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	CENTRUM ROZLICZEŃZ NFZ "MED-BIURO" SPÓŁKA CYWILNA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LEGIONOWO/05-120/SŁOWACKIEGO 37/86				
telefon/ telefony:	608-488-579				
identyfikator REGON	146271792				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZIELONKA/05-220/KOLEJOWA 5B/8			X	
telefon/ telefony	22/760-22-44				
Data dodania do wykazu	2021-04-30				
Data wykreślenia z wykazu					

Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZIELONKA/05-220/KOLEJOWA 5B/8				
telefon/ telefony	22/760-22-44				
Data dodania do wykazu	2021-04-30				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ALFA MAZOWSZE SP. Z O.O.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁOCK/09-409/HUBALCZYKÓW 11				
telefon/ telefony:	603-077-470; 508-199-065				
identyfikator REGON	146139495				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁOCK/09-400/MEDYCZNA 8				
telefon/ telefony	24/361-90-44; 609-019-189				
Data dodania do wykazu	2021-04-30				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	REKOL-MED SP. Z O.O.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-743 /J.S.BACHA 2				
telefon/ telefony:	22/647-12-52				
identyfikator REGON	008421793				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	NZOZ REKOL-MED			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-743 /J.S.BACHA 2				
telefon/ telefony	22/843-64-94				
Data dodania do wykazu	2021-04-30				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - ZESPÓŁ ZAKŁADÓW				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MAKÓW MAZOWIECKI/06-200/WITOSA 2				
telefon/ telefony:	29/714-23-00				
identyfikator REGON	000304591				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MAKÓW MAZOWIECKI/06-200/WITOSA 2				
telefon/ telefony	29/714-23-71				
Data dodania do wykazu	2021-04-30				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MAKÓW MAZOWIECKI/06-200/WITOSA 2				
telefon/ telefony	29/714-25-30				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ODDZIAŁ REHABILITACYJNY		<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MAKÓW MAZOWIECKI/06-200/WITOSA 2				
telefon/ telefony	29/714-22-39				
Data dodania do wykazu	2021-06-02				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	KAŚMIN DOM SENIORA SP. Z O.O.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DROŹDŹÓWKA/05-332/5A				
telefon/ telefony:	25/799-21-23				
identyfikator REGON	710444492				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DROŹDŹÓWKA/05-332/5A				
telefon/ telefony	25/799-21-23				
Data dodania do wykazu	2021-04-30				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	REHABILITACJA DOMOWA				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DROŹDŹÓWKA/05-332/5A				
telefon/ telefony	25/799-21-23				
Data dodania do wykazu	2021-04-30				
Data wykreślenia z wykazu					

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

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

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

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

Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CIECHANÓW/06-400/ARMII KRAJOWEJ 18A				
telefon/ telefony	23/673-25-54				
Data dodania do wykazu	2021-04-30				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	FAMAR SP. Z O.O.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CIECHANÓW/06-400/GRUDUSKA 50				
telefon/ telefony:	604-591-870				
identyfikator REGON	147058965				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MŁAWA/06-500/SAJDOWA 6				
telefon/ telefony	23/682-11-95				
Data dodania do wykazu	2021-04-30				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MŁAWA/06-500/SAJDOWA 6				
telefon/ telefony	23/682-11-95				
Data dodania do wykazu	2021-04-30				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE BIAŁOŁĘKA SP. Z O.O.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZELIGI/05-850/CYPRYSOWA 4				
telefon/ telefony:	22/741-60-58				
identyfikator REGON	017329095				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-134/KSIĄŻKOWA 10				
telefon/ telefony	22/741-60-58				
Data dodania do wykazu	2021-04-30				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-134/KSIĄŻKOWA 10				
telefon/ telefony	22/741-60-58				
Data dodania do wykazu	2021-04-30				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	KAZIMIERZ PRZEPIÓRSKI				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWE ŁUBKI/09-454/5A				
telefon/ telefony:	24/265-13-12; 607-265-559				
identyfikator REGON	611052290				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWE ŁUBKI/09-454/5				
telefon/ telefony	24/265-13-12; 607-265-559				
Data dodania do wykazu	2021-04-30				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	DOROTA PAŚNIK				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁASKARZEW/08-450/ALEJOWA 5				
telefon/ telefony:	609-530-822				
identyfikator REGON	141959199				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII W TYM FIZYKOTERAPII, KINEZYTERAPII, HYDROTERAPII			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁASKARZEW/08-450/ALEJOWA 5				
telefon/ telefony	609-530-822				
Data dodania do wykazu	2021-04-30				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁASKARZEW/08-450/ALEJOWA 5				
telefon/ telefony	609-530-822				
Data dodania do wykazu	2021-04-30				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	LUX MED ONKOLOGIA SP. Z O.O.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/01-748/SZAMOCKA 6				
telefon/ telefony:	22/469-83-50				
identyfikator REGON	360493191				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ/PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-524/NARBUTTA 83 LOK U10				
telefon/ telefony	22/403-80-61				
Data dodania do wykazu	2021-04-30				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	MEDIKAR SP. Z O.O. SP. K.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/00-738/SIELECKA 22				
telefon/ telefony:	22/880-91-33				
identyfikator REGON	015803256				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ/PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/00-738/SIELECKA 22				
telefon/ telefony	22/880-91-33				
Data dodania do wykazu	2021-04-30				
Data wykreślenia z wykazu					

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

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	KOMPLEKSOWA REHABILITACJA LECZNICZA S.C. M. DĘBIŃSKA, P. DĘBIŃSKI				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOŁOMIN/05-200/WILEŃSKA 51				
telefon/ telefony:	513-726-241				
identyfikator REGON	140664361				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ /PRACOWNIA/ FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOŁOMIN/05-200/WILEŃSKA 51				
telefon/ telefony	22/763-95-45				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	CENTRUM REHABILITACJI "ESTETICA-MED" M. DĘBIŃSKA, K. MICHALCZYK S.C.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-735/ZĄBKOWSKA 18/61				
telefon/ telefony:	513-726-241				
identyfikator REGON	141619078				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ(PRACOWNIA)FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-735/ZĄBKOWSKA 18/61				
telefon/ telefony	22/670-00-63				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					

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

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

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	WALDEMAR DUDKIEWICZ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIERPC/09-200/KSIĘCIA WACŁAWA 15				
telefon/ telefony:	24/275-70-28; 600-937-568				
identyfikator REGON	610020559				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIERPC/09-200/KSIĘCIA WACŁAWA 15				
telefon/ telefony	24/275-70-28;730-811-808; 600-937-568				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W PŁOCKU				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁOCK/09-400/MEDYCZNA 19				
telefon/ telefony:	24/364-61-00; 24/364-61-05				
identyfikator REGON	000650070				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁOCK/09-400/MEDYCZNA 19				
telefon/ telefony	24/364-62-46; 24/364-62-48				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	MEDICAL OFFICE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-995/LIGUSTROWA 23L				
telefon/ telefony:	22/424-21-50				
identyfikator REGON	015586238				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-796/BELGRADZKA 48 LOK 7				
telefon/ telefony	508-028-177				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-796/BELGRADZKA 48 LOK 7				
telefon/ telefony	508-028-177				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE I REHABILITACJI KRIOSONIK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA JAWNA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-202/WYSOCKIEGO 51				
telefon/ telefony:	22/811-51-73				
identyfikator REGON	015153120				

<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-202/WYSOCKIEGO 51				
telefon/ telefony	22/688-72-90				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MICHAŁOWICE/05-816/KOŚCIUSZKI 5				
telefon/ telefony	22/753-04-61				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEDLCE/08-110/BRZESKA 137				
telefon/ telefony	25/632-52-12				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEDLCE/08-110/BRZESKA 137				
telefon/ telefony	663-144-443				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MICHAŁOWICE/05-816/KOŚCIUSZKI 5				
telefon/ telefony	504-953-228				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTRÓW MAZOWIECKA/07-300/JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 1A				
telefon/ telefony	787-008-564				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻELISZEW PODKOŚCIELNY/08-130/11				
telefon/ telefony	787-008-591				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WĘGRÓW/07-100/Rynek MARIACKI 17				
telefon/ telefony	787-008-579				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOZIENICE/26-900/HENRYKA SIENKIEWICZA 8				
telefon/ telefony	513-837-480				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 10</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM/26-615/PŁK. JANA ZIENTARSKIEGO 1A				
telefon/ telefony	504-953-225				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DOMINIKA PODGÓRZAK				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/01-820/LISOWSKA 23				
telefon/ telefony:	22/468-10-88				
identyfikator REGON	141165217				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/01-820/LISOWSKA 23				
telefon/ telefony	22/468-10-88				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZGROMADZENIE SIÓSTR SŁUŻEK NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY NIEPOKALANEJ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRZYSUCHA/26-400/MARIÓWKA 1				
telefon/ telefony:	606-960-961				
identyfikator REGON	006228879				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ODDZIAŁ REHABILITACJI		<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRZYSUCHA/26-400/MARIÓWKA 1				
telefon/ telefony	606-960-961				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRZYSUCHA/26-400/MARIÓWKA 1				
telefon/ telefony	606-960-961				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W PIONKACH IM. LECHA I MARIII KACZYŃSKICH - PARY PREZYDENCKIEJ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIONKI/26-670/SIENKIEWICZA 29				
telefon/ telefony:	48/612-13-81				
identyfikator REGON	670140015				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ODDZIAŁ REHABILITACJI STACJONARNEJ		X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIONKI/26-670/HARCERSKA 1				
telefon/ telefony	48/385-25-33				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	CENTRALNA WOJSKOWA PRZYCHODNIA LEKARSKA "CEPELEK" SPZOZ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/00-911/KOSZYKOWA 78				
telefon/ telefony:	22 429 10 65				
identyfikator REGON	010137895				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	GABINET FIZJOTERPAII			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/00-911/KOSZYKOWA 78				
telefon/ telefony	459 595 071				
Data dodania do wykazu	05.05.2021 r.				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LEGIONOWIE				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LEGIONOWO/05-119/ZEGRZYŃSKA 8				
telefon/ telefony:	22 261 866 040; 381 25 25				
identyfikator REGON	016137181				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LEGIONOWO/05-119/ZEGRZYŃSKA 8				
telefon/ telefony	22 261 866 040; 381 25 25				
Data dodania do wykazu	05.05.2021 r.				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ANNA SZELIGA-WÓJCIK PROWADZĄCA PRZEDSIĘBIORSTWO •ZOX CENTRUM OPTYCZNO-OKULISTYCZNE •SZELIGA• ANNA SZELIGA-WÓJCIK				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻYRARDÓW/96-300/LIMANOWSKIEGO 49 A				
telefon/ telefony:	517-331-311; 46/854-22-19				
identyfikator REGON	750491572				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ ŻYRARDÓW				X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻYRARDÓW/96-300/LIMANOWSKIEGO 49 A				
telefon/ telefony	512-105-649; 46/854-22-19				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ CHYLICE				X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHYLICE-KOLONIA/96-313/WARSZAWSKA 90				
telefon/ telefony	512-105-649; 46/813-10-13				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					

Miejsce udzielania świadczeń 3		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII ŻYRARDÓW			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻYRARDÓW/96-300/LIMANOWSKIEGO 49 A				
telefon/ telefony	512-105-649; 46/854-22-19				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZWOLENIU				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZWOLEŃ/26-700/ALEJA POKOJU 5				
telefon/ telefony:	48/676-20-37;48/676-25-74				
identyfikator REGON	670204896				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZWOLEŃ/26-700/W.JAGIEŁY 12				
telefon/ telefony	48/676-20-37 WEW.165				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA - OCHOTA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-353/SZCZĘŚLIWICKA 36				
telefon/ telefony:	22/659-67-98				
identyfikator REGON	010202670				

<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-353/SZCZĘŚLIWICKA 36				
telefon/ telefony	22/822-32-21				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-495/1 MAJA13				
telefon/ telefony	22/662-68-56				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RASZYN/05-090/PRUSZKOWSKA 52				
telefon/ telefony	502-867-850				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	CENTRUM ZDROWIA ADAM MUSZYŃSKI SP. J.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIASECZNO/05-500/CZAJEWICZA 5/7 LOK.49				
telefon/ telefony:	604-777-602				
identyfikator REGON	013257795				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>

nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTROŁĘKA/07-410/PILECKIEGO 14			X	
telefon/ telefony	29/769-45-57				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIASECZNO/05-500/NADARZYŃSKA 14/U1			X	
telefon/ telefony	577-206-660;				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	MAZOWIECKI SZPITAL BRÓDNOWSKI W WARSZAWIE SP. Z O.O.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-242/KONDRATOWICZA 8				
telefon/ telefony:	22/326-59-87; 22/326-53-15				
identyfikator REGON	141983460				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZAKŁAD REHABILITACJI I FIZYKOTERAPII -DZIAŁ FIZJOTERAPII Z PRACOWNIAMI				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-242/KONDRATOWICZA 8			X	
telefon/ telefony	22/326-55-04				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>

nazwa:	SALUS SP. Z O. O. SP. K.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLA GOŁKOWSKA/05-503/RYBNA 11				
telefon/ telefony:	600-800-591				
identyfikator REGON	146414843				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MROKÓW/05-552/JÓZEFA GÓRSKIEGO 15				
telefon/ telefony	22/243-07-77; 735-007-107				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PŁOCKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SP. Z O.O.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁOCK/09-402/KOŚCIUSZKI 28				
telefon/ telefony:	24/364-51-00				
identyfikator REGON	611416590				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁOCK/09-402/TYSIĄCLECIA 13				
telefon/ telefony	24/364-52-80				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>

nazwa:	CENTRUM MEDYCYNY I REHABILITACJI ARTKINEZIS SP.Z O.O. SP. K.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PEĆCICE/05-806/KWIATÓW POLNYCH 4				
telefon/ telefony:	22/730-13-30				
identyfikator REGON	363205850				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻYRARDÓW/96-300/WIEJSKA 19/21				
telefon/ telefony	46/858-10-90				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PEĆCICE/05-806/KWIATÓW POLNYCH 4				
telefon/ telefony	22/730-13-30				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	"SANA" SP. Z O.O.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GARWOLIN/08-400/KOŚCIUSZKI 49J				
telefon/ telefony:	25/682-36-79; 697-651-006				
identyfikator REGON	712547747				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	NZOZ SANA PRACOWNIA FIZJOTERAPII				

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GARWOLIN/08-400/KOŚCIUSZKI 49J			<b>X</b>	
telefon/ telefony	25/682-36-79				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	MARECKI OŚRODEK ZDROWIA SP. Z O.O.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MARKI/05-270/SPORTOWA 3				
telefon/ telefony:	22/781-16-03; 22/781-16-05				
identyfikator REGON	016346068				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	FIZJOTERAPIA DOMOWA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MARKI/05-270/SPORTOWA 3				<b>X</b>
telefon/ telefony	22/781-16-03 WEW.128				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	GABINET FIZJOTERAPII				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MARKI/05-270/SPORTOWA 3			<b>X</b>	
telefon/ telefony	22/781-16-03 WEW.128				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	WARSZAWSKIE ZAKŁADY SPRZĘTU ORTOPEDYCZNEGO S.A.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/00-973/ALEJA BOHATERÓW WRZEŚNIA 9				

telefon/ telefony:	22/576-17-65				
identyfikator REGON	000288053				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/00-973/ALEJA BOHATERÓW WRZEŚNIA 9				
telefon/ telefony	22/576-17-65				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	3MAJ SP. Z O.O.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-916/WALECZNYCH 40/U5				
telefon/ telefony:	791-147-408				
identyfikator REGON	383127301				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-201/OPACZEWSKA 43/130				
telefon/ telefony	791-147-408				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	MAGDALENA MARIA PIÓRKOWSKA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BARANÓW/96-314/ARMII KRAJOWEJ 53				
telefon/ telefony:	46/856-03-77; 603-645-502				
identyfikator REGON	016143135				

<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BARANÓW/96-314/ARMII KRAJOWEJ 53				
telefon/ telefony	727-001-552				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNO-DIAGNOSTYCZNE SP. Z O.O.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEDLCE/08-110/NIKLOWA 9				
telefon/ telefony:	25/785-60-34				
identyfikator REGON	710529892				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIŃSK MAZOWIECKI/05-300/DĄBRÓWKI 52				
telefon/ telefony	25/633-35-55				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLEŚNICA/08-117/132				
telefon/ telefony	25/633-35-55				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA BEMOWO-WŁOCHY				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/01-315/GEN.M.C.COOPERA 5				
telefon/ telefony:	22/638-90-55				
identyfikator REGON	017202242				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/01-493/WROCŁAWSKA 19			X	
telefon/ telefony	22/167-22-81				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/01-381/POWSTAŃCÓW ŚLĄSKICH 19			X	
telefon/ telefony	22/167-24-80				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-134/1SIERPANIA 36 A			X	
telefon/ telefony	22/167-27-80				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZOFIA SZABERT				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĄCK/09-520/WIERZBOWA 6				
telefon/ telefony:	507-102-711				
identyfikator REGON	611020509				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SANNIKI/09-540/WARSZAWSKA 148				<b>X</b>
telefon/ telefony	24/277-61-67				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII DLA DOROSŁYCH				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĄCK/09-520/GOSTYNIŃSKA 2			<b>X</b>	
telefon/ telefony	24/384-12-74; 507-102-720				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII DLA DOROSŁYCH				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SANNIKI/09-540/WARSZAWSKA 148			<b>X</b>	
telefon/ telefony	24/277-61-67				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	SALUS MEDYCYNĄ SP. Z O.O.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEDLCE/08-110/J. PIŁSUDSKIEGO 49				
telefon/ telefony:	25/632-23-93				
identyfikator REGON	369340081				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEDLCE/08-110/SOKOŁOWSKA 47			X	
telefon/ telefony	600-992-794				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	FIZJO-MED MONIKA MACHAŁA-SZTYK				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NADARZYN/05-830/PRUSZKOWSKA 27				
telefon/ telefony:	504-772-293				
identyfikator REGON	141121094				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NADARZYN/05-830/PRUSZKOWSKA 27			X	
telefon/ telefony	22/755-48-29				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PULMO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-287/SKARBKA Z GÓR 120/10				
telefon/ telefony:	503-855-494; 503-508-199				
identyfikator REGON	147344100				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOŁOMIN/05-200/GŁOWACKIEGO 12				
telefon/ telefony	501-783-990; 500-119-159				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	FIZIOLEK SPÓŁKA CYWILNA ANNA RAŹNIEWSKA, DARIUSZ KAPCIAK				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZDUŃSKA WOLA/98-220/DĄBROWSKIEGO 36				
telefon/ telefony:	43/881-05-66				
identyfikator REGON	101543389				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	FIZJOTERAPIA DOMOWA				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM/26-610/GŁÓWNA 12/1				
telefon/ telefony	535-448-839				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZWOLEŃ/26-700/KILIŃSKIEGO 11				
telefon/ telefony:	733-783-135				
identyfikator REGON	364670201				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZWOLEŃ/26-700/KILIŃSKIEGO 50				
telefon/ telefony	733-783-135				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TYCHY/43-100/ZGRZEBNIOKA 22				
telefon/ telefony:	661-227-751				
identyfikator REGON	240247306				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRÓJEC/05-600/JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 33				
telefon/ telefony	609-410-935				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM/26-600/25 CZERWCA 81				
telefon/ telefony	609-410-935				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/04-736/ŻEGAŃSKA 48				
telefon/ telefony	693-902-214				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁOBRZEGI/26-680/SPACEROWA 10A				
telefon/ telefony	609-410-935				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GNIEWOSZÓW/26-920/SARNOWSKA 14				
telefon/ telefony	667-887-740				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					

Miejsce udzielania świadczeń 6		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAKRZEW/26-652/41A				
telefon/ telefony	667-887-715				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 7		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZYDŁOWIEC/26-500/WSCHODNIA 40				
telefon/ telefony	667-880-670				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 8		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZWOLEŃ/26-700/DOKTORA PERZYNY 5				
telefon/ telefony	667-887-740				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 9		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIENNO/27-350/DIONIZEGO CZACHOWSKIEGO 4				
telefon/ telefony	667-887-715				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Miejsce udzielania świadczeń 10</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRZYSUCHA/26-400/KRAKOWSKA 42				
telefon/ telefony	667-880-670				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	NASZA KLINIKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŻARÓW MAZOWIECKI/05-850/ROMANA DMOWSKIEGO 39				
telefon/ telefony:	22/292-11-01				
identyfikator REGON	365432834				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OŻARÓW MAZOWIECKI/05-850/ROMANA DMOWSKIEGO 39				
telefon/ telefony	22/292-11-01				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	SED E.S. NOWACCY D.WRÓBLEWSKA SPÓŁKA JAWNA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/04-157/MLĄDZKA 27A				
telefon/ telefony:	22-613-76-81				
identyfikator REGON	015430648				

<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPEUTYCZNA DLA DOROSŁYCH			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/04-157/MLĄDZKA 27A				
telefon/ telefony	22-613-76-81				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPEUTYCZNA DLA DOROSŁYCH			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-982/BOHATEREWICZA 1				
telefon/ telefony	22-673-27-53				
Data dodania do wykazu	2021-05-09				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	WA ZDROWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IZABELIN/05-080/3 MAJA 47				
telefon/ telefony:	22/721-84-12				
identyfikator REGON	142122138				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII IZABELIN			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IZABELIN/05-080/3 MAJA 47				
telefon/ telefony	22/721-84-12				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				

Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZIELIŃSCY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTROŁĘKA/07-410/SYBIRAKÓW 1				
telefon/ telefony:	29/643-88-83				
identyfikator REGON	385837461				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTROŁĘKA/07-410/MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 40				<b>X</b>
telefon/ telefony	29/643-88-83				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W GOŹDZIE				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GÓZD/26-634/LEKARSKA 4				
telefon/ telefony:	48/320-20-19;660-699-801				
identyfikator REGON	670221015				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GÓZD/26-634/LEKARSKA 4			<b>X</b>	
telefon/ telefony	48/320-20-19				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ "LEGIONOWO" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LEGIONOWO/05-120/SOWIŃSKIEGO 4				
telefon/ telefony:	22/767-59-00				
identyfikator REGON	141545411				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LEGIONOWO/05-120/SOWIŃSKIEGO 4			X	
telefon/ telefony	22/774-51-51				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LEGIONOWO/05-120/SOWIŃSKIEGO 4				X
telefon/ telefony	22/774-51-51				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	FUNDACJA MONTIANA POLONIA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM/26-600/ZGODNA 6				
telefon/ telefony:	48/331-03-83				
identyfikator REGON	364992130				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM/26-600/MIKOŁAJA REJA 28				
telefon/ telefony	48/331-03-83				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY SZPITAL ZACHODNI IM. ŚW. JANA PAWŁA II				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRODZISK MAZOWIECKI/05-825/DALEKA 11				
telefon/ telefony:	22/755-91-11				
identyfikator REGON	000311639				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRODZISK MAZOWIECKI/05-825/DALEKA 11				
telefon/ telefony	22/755-90-93				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	MEDICAMED - MAREK ŁUKASIK I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SOCHACZEW/96-500/PREZYDENTA R. KACZOROWSKIEGO 3A				
telefon/ telefony:	46/880-59-59				
identyfikator REGON	142270070				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SOCHACZEW/96-500/PREZYDENTA R. KACZOROWSKIEGO 3A				
telefon/ telefony	46/880-59-59				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	REHA-COMPLEX S.C. JOANNA KILJANEK, RAFAŁ KRAMER				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM/26-600/SOBIESKIEGO 1				
telefon/ telefony:	48/345-15-99; 797-327-320				
identyfikator REGON	141171850				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOZIENICE/26-900/LUBELSKA 69B				
telefon/ telefony	515-786-628				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM/26-600/SOBIESKIEGO 1				
telefon/ telefony	48/345-15-99; 797-327-320				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM/26-600/SOBIESKIEGO 1				
telefon/ telefony	48/345-15-99; 797-327-320				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	SZPITAL MATKI BOŻEJ NIEUSTAJĄCEJ POMOCY W WOŁOMINIE				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOŁOMIN/05-200/GDYŃSKA 1/3				
telefon/ telefony:	22/763-32-59				
identyfikator REGON	000310315				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOŁOMIN/05-200/GDYŃSKA 1/3				
telefon/ telefony	22/763-32-63				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	SAWIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/00-709/SIEKIERKOWSKA 8				
telefon/ telefony:	22/858-77-47; 602-552-617				
identyfikator REGON	141520240				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SAWICE-WIEŚ/08-307/19				
telefon/ telefony	25/787-53-80; 788-853-091				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	REHABILITACJA PRZY OSTROBRAMSKIEJ Z. WROŃSKI Z. ZDRAJKOWSKI SPÓŁKA KOMANDYTOWA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/04-041/OSTROBRAMSKA 101				
telefon/ telefony:	22/465-66-63				
identyfikator REGON	146497450				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	FIZJOPUNKT			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/04-041/OSTROBRAMSKA 101				
telefon/ telefony	22/465-66-63				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ - NOWY DWÓR				X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWY DWÓR MAZOWIECKI/05-101/WOJSKA POLSKIEGO 49/U4				
telefon/ telefony	502-329-830				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	INSTYTUT MATKI I DZIECKA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/01-211/KASPRZAKA 17 A				
telefon/ telefony:	22/327-70-50				
identyfikator REGON	000288395				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/01-211/KASPRZAKA 17 A				
telefon/ telefony	22/327-70-50				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	NINA KOZAKIEWICZ-ŚWIERCZEWSKA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-495/TOMCIA PALUCHA 37/78				
telefon/ telefony:	22/665-41-07; 665-540-606				
identyfikator REGON	140779986				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKO-REHABILITACYJNA "NIKOMED"			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/01-318/ŚWIĘTOCHOWSKIEGO 2/3				
telefon/ telefony	22/665-41-07; 665-540-606				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA-ŻOLIBORZ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/01-637/ SZAJNOCHY 8				
telefon/ telefony:	22/833-58-88				
identyfikator REGON	000314098				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/01-637/ SZAJNOCHY 8				
telefon/ telefony	22/116-68-00				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	MAZOWIECKIE CENTRUM REHABILITACJI STOCER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KONSTANCIN-JEZIORNA/05-510/WIERZEJEWSKIEGO 12				
telefon/ telefony:	22/711-90-27				
identyfikator REGON	142013120				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRUSZKÓW/05-800/WARSZTATOWA 1				
telefon/ telefony	22/770-93-66				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	STOLECZNE CENTRUM OPIEKUŃCZO-LECZNICZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-131/MEHOFFERA 72/74				
telefon/ telefony:	22/811-06-88				
identyfikator REGON	146613264				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-730/ALEJA WILANOWSKA 257				
telefon/ telefony	22/811-06-88				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	BRUDZEŃSKI OŚRODEK REHABILITACJI ANITA OSOWICZ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRUDZEŃ DUŻY/09-414/JANA PAWŁA II 2				
telefon/ telefony:	881-292-332				
identyfikator REGON	147068254				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRUDZEŃ DUŻY/09-414/JANA PAWŁA II 2				
telefon/ telefony	881-292-332				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	SZPITAL MAZOWIECKI W GARWOLINIE SPÓŁKA Z O.O.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GARWOLIN/08-400/AL. LEGIONÓW 11				
telefon/ telefony:	25/684-24-31				
identyfikator REGON	142032872				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GARWOLIN/08-400/AL. LEGIONÓW 11				
telefon/ telefony	25/684-24-40				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	JERZY GŁADYSZ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEDLCE/08-110/WŁ. REYMONTA 25				
telefon/ telefony:	25/633-36-07				
identyfikator REGON	710426927				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEDLCE/08-110/WŁ. REYMONTA 27				
telefon/ telefony	25/633-36-07				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					

Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEDLCE/08-110/WŁ. REYMONTA 27				
telefon/ telefony	25/633-36-07				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA PRAGA POŁUDNIE				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/04-082/KRYPSKA 39				
telefon/ telefony:	22/810-06-04				
identyfikator REGON	012867570				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII ABRAHAMA 16			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-982/ABRAHAMA 16				
telefon/ telefony	22/673-39-92				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII GROCHOWSKA 339			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-022/GROCHOWSKA 339				
telefon/ telefony	22/810-09-91				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII SASKA 61			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-914/SASKA 61				
telefon/ telefony	22/617-30-05				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	SPECJALISTYCZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI W CIECHANOWIE				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CIECHANÓW/06-400/POWSTAŃCÓW WIELKOPOLSKICH 2				
telefon/ telefony:	23/672-31-27				
identyfikator REGON	000311622				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZAKŁAD REHABILITACJI I FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CIECHANÓW/06-400/OKRZEI 8				
telefon/ telefony	23/672-47-20				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ DAB-MED S.C. G.DUBIELAK, J.BEDYK, A.DOŁĘGOWSKA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOSZELEW/09-530/2				
telefon/ telefony:	608-354-319				
identyfikator REGON	141853874				

<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GĄBIN/09-530/NOWY RYNEK 9				
telefon/ telefony	608-354-319				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	NEUCA MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TORUŃ/87-100/FORTECZNA 35-37				
telefon/ telefony:	728-810-393				
identyfikator REGON	341477181				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁOCK/09-407/OTOLIŃSKA 8				
telefon/ telefony	24/367-69-65				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ARKOMED ARTUR KOPEĆ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/01-948/TOMASZA NOCZNICKIEGO 25/U3				
telefon/ telefony:	22/592-85-50				
identyfikator REGON	142928976				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/01-948/TOMASZA NOCZNICKIEGO 25/U3				
telefon/ telefony	22/592-85-50				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ORPEA POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/00-838/PROSTA 69				
telefon/ telefony:	22/888-59-42				
identyfikator REGON	017234986				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MAJDAN/05-462/TRASA LUBELSKA 13				
telefon/ telefony	22/888-59-03				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WÓLKA OSTROŻEŃSKA/08-404/15A				
telefon/ telefony	22/888-59-02				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ODDZIAŁ REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ		<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MAJDAN/05-462/TRASA LUBELSKA 13				
telefon/ telefony	22/888-59-03				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MAJDAN/05-462/TRASA LUBELSKA 13				
telefon/ telefony	22/888-59-03				
Data dodania do wykazu	44341				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	FENIKSMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-884/PUŁAWSKA 424				
telefon/ telefony:	22/358-59-60				
identyfikator REGON	141609335				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-884/PUŁAWSKA 424				
telefon/ telefony	22/358-59-60				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE MEDICA SPÓŁKA Z O. O.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁOCK/09-411/CHEMIKÓW 7				
telefon/ telefony:	24/365-09-25				
identyfikator REGON	610381010				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁOCK/09-411/CHEMIKÓW 7				
telefon/ telefony	665-101-313; 24/365-09-39				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM REHABILITACJI DOMOWEJ SPÓŁKA JAWNA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MILANÓWEK/05-822/WIERZBOWA 7				
telefon/ telefony:	604-191-995; 22/720-10-38				
identyfikator REGON	141982100				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻABIA WOLA/96-321/WARSZAWSKA 24				
telefon/ telefony	604-191-995; 22/720-10-38				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	LEKARZE RODZINNI - ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOSICE/08-200/NARUTOWICZA 5				
telefon/ telefony:	833-590-777; 833-590-888				
identyfikator REGON	712568880				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII AMBULATORYJNEJ			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOSICE/08-200/NARUTOWICZA 5				
telefon/ telefony	833-590-777; 833-590-888				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PLATERÓW/08-210/KOŚCIELNA 17				
telefon/ telefony	833-578-870				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	MAREK DARIUSZ MISZCZAK				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/01-497/HERY 11/54				
telefon/ telefony:	22/823-56-41				
identyfikator REGON	650115984				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZAKŁAD FIZJOTERAPII			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-495/KOLOROWA 19 LOK.150				
telefon/ telefony	22/823-56-41				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZAKŁAD FIZJOTERAPII			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-197/PORTOWA 17A LOK.22				
telefon/ telefony	22/300-45-00				
Data dodania do wykazu	2021-05-12				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ETOS CENTRUM EDUKACJI I DORADZTWA SŁUŻBY ZDROWIA SPÓŁKA Z O.O.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/00-209/MURANOWSKA 1				
telefon/ telefony:	22/831-52-81				
identyfikator REGON	010676037				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA)FIZJOTERAPII			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/00-209/MURANOWSKA 1				
telefon/ telefony	22/831-52-81				
Data dodania do wykazu	2021-05-18				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ALEXIS II SP. Z O.O. BIS SP.K.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRUSZKÓW/05-800/OŁÓWKOWA 1E				
telefon/ telefony:	22/738-80-00				
identyfikator REGON	016256081				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRUSZKÓW/05-800/OŁÓWKOWA 1E				
telefon/ telefony	22/738-80-00				
Data dodania do wykazu	2021-05-18				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PNIEWACH				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PNIEWY/05-652/2A				
telefon/ telefony:	48/668-64-70				
identyfikator REGON	672973452				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PNIEWY/05-652/2A				
telefon/ telefony	48/668-64-70				
Data dodania do wykazu	2021-05-18				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	VITAL-MED MERITUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GARBATKA-LETNISKO/26-930/SPACEROWA 2				
telefon/ telefony:	48 621 00 27, 48 627 10 83				
identyfikator REGON	146353573				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	GABINET REHABILITACJI LECZNICZEJ			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GARBATKA-LETNISKO/26-930/SPACEROWA 2				
telefon/ telefony	48 621 00 27, 48 627 10 83				
Data dodania do wykazu	2021-05-18				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "POMOCNA DŁOŃ" SMORONGIEWICZ, MAKULSKA, CIEŚLAK SPÓŁKA JAWNA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM/26-600/GŁÓWNA 12				
telefon/ telefony:	48/660-10-01				
identyfikator REGON	672878127				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM/26-600/GŁÓWNA 12				
telefon/ telefony	48/660-10-01; 601-485-952				
Data dodania do wykazu	2021-05-18				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DOMINIKA SUTNIK				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTROŁĘKA/07-410 /KADM. WŁODZIMIERZA STEYERA 2F/33				
telefon/ telefony:	500-279-393				
identyfikator REGON	364444730				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ				<b>X</b>
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTROŁĘKA/07-410/GEN. IGNACEGO PRĄDZYŃSKIEGO 4/34				
telefon/ telefony	500-279-939				
Data dodania do wykazu	2021-05-18				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE JÓZEFÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JÓZEFÓW/05-410 /ARMII KRAJOWEJ 5				
telefon/ telefony:	22/789-89-89				
identyfikator REGON	142731765				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JÓZEFÓW/05-410 /ARMII KRAJOWEJ 5				
telefon/ telefony	22/789-89-89				
Data dodania do wykazu	2021-05-25				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	CORTEN MEDIC TOMASZ SIKORA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/02-784/DUNIKOWSKIEGO 10				
telefon/ telefony:	22/602-09-97				
identyfikator REGON	015053128				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM/26-600 /BELINY PRAŻMOWSKIEGO 33 A				
telefon/ telefony	22/602-09-97				
Data dodania do wykazu	2021-05-25				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE BONIFRATRÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/00-215/SAPIEŻYŃSKA 3				
telefon/ telefony:	22/390-33-00; 22/390-33-35; 570-968-957				
identyfikator REGON	142316693				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/00-213/BONIFRATERSKA 12				
telefon/ telefony	22/390-33-00; 533-385-799				
Data dodania do wykazu	2021-05-25				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	MAŁGORZATA NAWROT				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZEWO-BORKI/07-415 /3 MAJA 4				
telefon/ telefony:	510-181-065				
identyfikator REGON	550070990				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	GABINET FIZJOTERAPEUTYCZNY			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZEWO-BORKI/07-415 /3 MAJA 4				
telefon/ telefony	29/761-32-63; 506-350-323				
Data dodania do wykazu	2021-05-25				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	MARIA JADWIGA KAMELA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-984/GEN. A. E. FIELDORFA "NILA" 5				
telefon/ telefony:	22/671-03-03; 22/671-46-65				
identyfikator REGON	002163410				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII DLA DOROSŁYCH			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/03-966/AFRYKAŃSKA 7A				
telefon/ telefony	22/823-21-83				
Data dodania do wykazu	2021-05-25				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	JERZY PETZ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LEGIONOWO/05-120/MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 20				
telefon/ telefony:	22/774-20-90; 515-040-001				
identyfikator REGON	010313501				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA)FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LEGIONOWO/05-120/MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 20				
telefon/ telefony	22/767-59-59				
Data dodania do wykazu	2021-05-25				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W WYSZKOWIE				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WYSZKÓW/07-200/KOMISJI EDUKACJI NARODOWEJ 1				
telefon/ telefony:	29/743-76-11				
identyfikator REGON	000308726				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII I REHABILITACJI NR 2			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WYSZKÓW/07-200/ 1 MAJA 9B				
telefon/ telefony	29/742-70-24				
Data dodania do wykazu	2021-05-25				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR JÓZEFA PSARSKIEGO W OSTROŁĘCE				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTROŁĘKA/07-410/JANA PAWŁA II 120A				
telefon/ telefony:	29/765-23-20; 29/765-23-31; 29/765-29-14				
identyfikator REGON	000304616				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	GABINET FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTROŁĘKA/07-410/JANA PAWŁA II 120A				
telefon/ telefony	29/765-23-20; 29/765-23-31; 29/765-29-14				
Data dodania do wykazu	2021-05-25				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	SZPITAL POWIATOWY GAJDA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PUŁTUSK/06-102/TEOFILA KWIATKOWSKIEGO 19				
telefon/ telefony:	23/691-99-01				
identyfikator REGON	361505810				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	ODDZIAŁ REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ		<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PUŁTUSK/06-102/TEOFILA KWIATKOWSKIEGO 19				
telefon/ telefony	23/691-99-01				
Data dodania do wykazu	2021-05-25				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	GABINET FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PUŁTUSK/06-102/3 MAJA 5				
telefon/ telefony	501-461-690				
Data dodania do wykazu	2021-06-02				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE IM. BITWY WARSZAWSKIEJ 1920 R. W RADZYMINIE - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADZYMIN/05-250/KONSTYTUCJI 3 MAJA 17				
telefon/ telefony:	22/760-72-00 WEW. 135				
identyfikator REGON	010124527				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADZYMIN/05-250/KONSTYTUCJI 3 MAJA 17				
telefon/ telefony	22/760-72-00 WEW. 135				
Data dodania do wykazu	2021-06-02				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	WESMED TOMASZ TARGOWSKI SPÓŁKA JAWNA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/04-628/ ALPEJSKA 4				
telefon/ telefony:	022/616-34-72				
identyfikator REGON	142576804				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/04-628/ ALPEJSKA 4				
telefon/ telefony	22/616-34-72				
Data dodania do wykazu	2021-06-02				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ESFULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MARKI/05-270/FABRYCZNA 1				
telefon/ telefony:	22/761-90-35				
identyfikator REGON	013245668				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MARKI/05-270/FABRYCZNA 1				
telefon/ telefony	22/761-90-35				
Data dodania do wykazu	2021-06-02				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W RESTRUKTURYZACJI				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OTWOCK/05-400/BATOREGO 44				
telefon/ telefony:	22/778-26-10				
identyfikator REGON	146378640				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ODDZIAŁ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH		X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OTWOCK/05-400/BATOREGO 44				
telefon/ telefony	22/778-27-60				
Data dodania do wykazu	2021-06-02				
Data wykreślenia z wykazu					