

## 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>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mławie				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Mława/ 06-500/ Anny Dobrskiej 1				
telefon/ telefony:	23/ 654-32-40				
identyfikator REGON	000302474				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	Oddział Rehabilitacyjny		<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Mława/ 06-500/ Anny Dobrskiej 1				
telefon/ telefony	23/ 654-32-35 wew.361				
Data dodania do wykazu	2021-04-23				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa/02-637/ Spartańska 1				
telefon/ telefony:	22/670-93-20				
identyfikator REGON	000288567				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	Klinika Rehabilitacji Reumatologicznej				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa/02-637/ Spartańska 1		X		
telefon/ telefony	22/ 67-09-176				
Data dodania do wykazu	2021-04-26				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>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				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Raciąż/09-140/Kraszewo- Czubaki 23 A		X		
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/ 236-03-82				
Data dodania do wykazu	2021-04-26				
Data wykreślenia z wykazu					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	Wojskowy Instytut Medyczny				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa/04-141/Szaserów 128				
telefon/ telefony:	261 817 745				
identyfikator REGON	015294487				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	Klinika Rehabilitacji		<b>X</b>		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa/04-141/Szaserów 128				
telefon/ telefony	261 816 773, 261 817 666				
Data dodania do wykazu	2021-04-27				
Data wykreślenia z wykazu					

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 Konstancin - Zdrój S.A.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Konstancin-Jeziorna/05-510/ Suer Ryder 1				
telefon/ telefony:	22 484 28 00				
identyfikator REGON	000288320				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Sanatorium Uzdrowiskowe "Konstancja"	X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Konstancin-Jeziorna/05-510/Źródłana 6/8				
telefon/ telefony	22 484 28 76, 667 771 125				
Data dodania do wykazu	2021-04-28				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Oddział Rehabilitacji		X		
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				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIŃSK MAZOWIECKI/05-300/JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 43			<b>X</b>	
telefon/ telefony	730-700-386				
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 SIERPC				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIERPC/09-200/ABRIELA NARUTOWICZA 17A				<b>X</b>
telefon/ telefony	730-700-386				
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				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MIŃSK MAZOWIECKI/05-300/JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 43				<b>X</b>
telefon/ telefony	730-700-386				
Data dodania do wykazu	2021-04-30				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>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 ROZLICZEŃ NFZ "MED-BIURO" SPÓŁKA CYWILNA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LEGIONOWO/05-120/SŁOWACKIEGO 37/86				
telefon/ telefony:	608-488-579				
identyfikator REGON	146271792				
<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	ZIELONKA/05-220/KOLEJOWA 5B/8				
telefon/ telefony	22/760-22-44				
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				X
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					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
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			X	
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					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	KAŚMIN DOM SENIORA SP. Z O.O.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DROŹDŹÓWKA/05-332/5A				
telefon/ telefony:	25/799-21-23				
identyfikator REGON	710444492				
Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DROŹDŹÓWKA/05-332/5A				
telefon/ telefony	25/799-21-23				
Data dodania do wykazu	2021-04-30				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	REHABILITACJA DOMOWA				X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DROŹDŹÓWKA/05-332/5A				
telefon/ telefony	25/799-21-23				
Data dodania do wykazu	2021-04-30				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
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	517-148-095				
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	605823290				
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	605823290				
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	605823290				
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				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CIECHANÓW/06-400/ARMII KRAJOWEJ 18A				<b>X</b>
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				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MŁAWA/06-500/SĄDOWA 6				<b>X</b>
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				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MŁAWA/06-500/SĄDOWA 6			<b>X</b>	
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/KSIAŻKOWA 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/KSIAŻKOWA 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:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MŁAWIE				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MŁAWA/06-500/ANNY DOBRSKIEJ 1				
telefon/ telefony:	23/654-32-40				
identyfikator REGON	000302474				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	PRACOWNIA FIZJOTERAPII			<b>X</b>	
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					

<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:	ALMED A BALCERZAK I 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 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:	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 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:	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 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:	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					

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	WARSZAWA/02-796/BELGRADZKA 48 LOK 7				
telefon/ telefony	508-028-177				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
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				
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	WARSZAWA/03-202/WYSOCKIEGO 51				
telefon/ telefony	22/688-72-90				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
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 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:	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 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:	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>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>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 MARII KACZYŃSKICH - PARY PREZYDENCKIEJ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIONKI/26-670/SIENKIEWICZA 29				
telefon/ telefony:	48/612-13-81				
identyfikator REGON	670140015				
<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 STACJONARNEJ		<b>X</b>		
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					
<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	CENTRALNA WOJSKOWA PRZYCHODNIA LEKARSKA "CEPELEK" SPZOZ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/00-911/KOSZYKOWA 78				
telefon/ telefony:	22 429 10 65				
identyfikator REGON	010137895				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	GABINET FIZJOTERPAII			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA/00-911/KOSZYKOWA 78				
telefon/ telefony	459 595 071				
Data dodania do wykazu	05.05.2021 r.				
Data wykreślenia z wykazu					

<b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LEGIONOWIE				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LEGIONOWO/05-119/ZEGRZYŃSKA 8				
telefon/ telefony:	22 261 866 040; 381 25 25				
identyfikator REGON	016137181				
<b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>		<b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b>	<b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b>	<b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b>
nazwa:	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA			<b>X</b>	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LEGIONOWO/05-119/ZEGRZYŃSKA 8				
telefon/ telefony	22 261 866 040; 381 25 25				
Data dodania do wykazu	05.05.2021 r.				
Data wykreślenia z wykazu					