

**III. Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19  
(program szczepień populacyjnych)**

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                            | CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W WARSZAWIE                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-507, UL. WOŁOSKA 137                                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 22 508 20 00                                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                               | 006472651                                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | CENTRUM SZCZEPIEŃ                                                                                                 | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-507, UL. WOŁOSKA 137                                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 15 52                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA                                                                                       | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-567, UL. SANDOMIERSKA 5/7                                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 47 721 34 20                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                   | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW 06-400, UL. MICKIEWICZA 5                                                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 47 703 14 42                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA                                                                                       | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-615, UL. ORŁĄT LWOWSKICH 5                                                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 48 367 34 41                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA                                                                                       | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, UL. STAROWIEJSKA 66                                                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 47 707 21 89                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 06.05.2021 r.                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | STADION NARODOWY - SZPITAL TYMCZASOWY MSWIA - WEJŚCIE DO PUNKTU SZCZEPIEŃ BRAMA NR 5; WJAZD NA PARKING BRAMA NR 6 | <b>10</b>                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-901, UL. PONIATOWSKIEGO 1                                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 503 944 720                                                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 14.01.2021 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>             |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA - PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                     | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE, 08-110, UL. CHŁODNA 4                                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 477 072 189                                                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 06.05.2021 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                            | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZAKAŹNY W WARSZAWIE                                                                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-201, UL. WOLSKA 37                                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 22 335 52 25                                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                               | 000297945                                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PORADNIA CHOROÓB ZAKAŹNYCH                                                                                        | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-201, UL. WOLSKA 37                                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 22 335 53 56                                                                                                      |                                    |

|                                                   |                                                                                    |                                    |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                            | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W PŁOCKU                                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-400, UL. MEDYCZNA 19                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 24 364 61 00                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                               | 000650070                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA WINIARACH                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-400, UL. MEDYCZNA 22                                                      | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                 | 24 364 63 00                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | SZPITAL TYMCZASOWY - WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W PŁOCKU                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-400, UL. MEDYCZNA 19                                                      | <b>3</b>                           |
| telefon/ telefony                                 | 24 364 63 00 /24 364 63 01                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 14.01.2021 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                            | RADOMSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-610, UL. LEKARSKA 4                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 48 361 51 42                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                               | 000315086                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PORADNIA CHOROŃ ZAKAŻNYCH DLA DZIECI                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-610, UL. ADOLFA TOCHTERMANA 1                                             | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 54 74                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | SZPITAL TYMCZASOWY - RADOMSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-610, UL. ADOLFA TOCHTERMANA 1                                             | <b>3</b>                           |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 53 00                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 14.01.2021 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- DOM KULTURY "IDALIN"                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM, 26-600, UL. BLUSZCZOWA 4/8                                                  | <b>5</b>                           |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 53 00                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 27.04.2021 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 03.07.2021 r.                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- DRIVE-THRU W RADOMIU                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM, 26-617, UL. DĘBOWA 4                                                        | <b>4</b>                           |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 53 00                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 04.05.2021 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 01.08.2021 r.                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W PRZASNYSZU            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZASNYSZ 06-300, UL.SADOWA 9                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 29 753 43 18                                                                       |                                    |

|                                                   |                                                                            |                                    |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                               | 000302480                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PORADNIA LEKARZA POZ                                                       | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZASNYSZ 06-300, UL.SADOWA 9                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 29 753 43 89                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>W ZESPOLE SZKÓŁ POWIATOWYCH W PRZASNYSZU | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZASNYSZ, 06-300, UL.SADOWA 5                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 501 583 424                                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 19.04.2021 r.                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b> | od 31.12.2020 r.                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W PRUSZKOWIE    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRUSZKÓW 05-800, UL.ARMII KRAJOWEJ 2/4                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 22 758 80 02                                                               |                                    |
| identyfikator REGON                               | 000310290                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PRZYSZPITALNA PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA                                  | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRUSZKÓW 05-800, UL.ARMII KRAJOWEJ 2/4                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 664 118 792                                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>SPZZOZ W PRUSZKOWIE                      | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRUSZKÓW, 05-800, UL. ANDRZEJA 23                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 510 533 617                                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 21.04.2021 r.                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b> | od 31.12.2020 r.                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                            | NOWODWORSKIE CENTRUM MEDYCZNE W NOWYM DWORZE<br>MAZOWIECKIM                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY DWÓR MAZOWIECKI, 05-100,<br>UL. MIODOWA 2                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 22 765 83 08                                                               |                                    |
| identyfikator REGON                               | 000306733                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PORADNIA LEKARZA POZ                                                       | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY DWÓR MAZOWIECKI, 05-100,<br>UL. PADEREWSKIEGO 7                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 22 775 21 62                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PORADNIA LEKARZA POZ                                                       | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKROCZYM 05-170, UL. RYNEK 8                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 22 785 00 15                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PORADNIA LEKARZA POZ                                                       | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZĄSTKÓW MAZOWIECKI 05-152, CZĄSTKÓW MAZOWIECKI 118                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 22 785 21 15                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                              |                                    |
|                                                   |                                                                            |                                    |

|                                                   |                                                                                                     |                                    |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | GABINET NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ AMBULATORYJNEJ OPIEKI<br>LEKARSKIEJ<br>UL. MIODOWA 2                   | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY DWÓR MAZOWIECKI<br>05-100, UL. MIODOWA 2                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 22 765 83 43                                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 02.02.2021 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - NOWODWORSKI OŚRODEK<br>SPORTU I REKREACJI W NOWYM DWORZE MAZOWIECKIM | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY DWÓR MAZOWIECKI,<br>05-100, UL. SPORTOWA 66                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 22 775-47-40                                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 19.04.2021 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>ZESPÓŁ SZKOLNO - PRZEDSZKOLNY NR 4<br>W NOWYM DWORZE MAZOWIECKIM  | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY DWÓR MAZOWIECKI,<br>05-160, UL. GEN. J. BEMA 312                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 22 775-47-40                                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 19.04.2021 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>             |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>GMINNY OŚRODEK KULTURY W ZAKROCZYMIU                              | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKROCZYM, 05-170, UL. JANA CHYLIICKIEGO 2                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 22 775-47-40                                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 19.04.2021 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>             |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>OŚRODEK KULTURY W POMIECHÓWKU                                     | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POMIECHÓWEK, 05-180, UL. JANA KILIŃSKIEGO 1                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 22 775 47 40                                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 11.05.2021 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>             |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- WIEJSKI OŚRODEK KULTURY W NOWYM MIEŚCIE                           | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE MIASTO, 09-120, ZIELONY RYNEK 30                                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 22 775 47 40                                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 09.06.2021 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY SZPITAL ZACHODNI<br>IM.ŚW. JANA PAWŁA II                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRODZISK MAZOWIECKI 05-825, UL.DALEKA 11                                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 22 755 55 17                                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                               | 000311639                                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRODZISK MAZOWIECKI 05-825, UL.DALEKA 11                                                            |                                    |

|                                                    |                                                                                                                              |                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                 | 22 755 55 17                                                                                                                 | <b>1</b>                           |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                              | <b>5</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GRODZISK MAZOWIECKI 05-825, UL. 3 MAJA 57                                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 120 29 06                                                                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 11.02.2021 r.                                                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- DRIVE-THRU - SZCZĘSNE                                                                      | <b>4 - 8</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SZCZĘSNE, 05-825, UL. KAWKI 23                                                                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 668 010 259                                                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 07.05.2021 r.                                                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 12.07.2021 r.                                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9</b>  | od 31.12.2020 r.                                                                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W RESTRUKTURYZACJI                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OTWOCK 05-400, UL. BATOREGO 44                                                                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 778 26 10                                                                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                | 146378640                                                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                                         | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OTWOCK 05-400, UL. ARMII KRAJOWEJ 3                                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 778 12 00                                                                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                                         | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OTWOCK 05-400, MICKIEWICZA 8                                                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 778 12 30                                                                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>OTWOCKIE PWIK - MIASTECZKO NAMIOTOWE NA OBIEKCIE                                           | <b>4</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OTWOCK 05-400, KARCZEWSKA 48                                                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 778 12 11; 22 778 12 00                                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 23.04.2021 r.                                                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SZPITAL MATKI BOŻEJ NIEUSTAJĄCEJ POMOCY W WOŁOMINIE                                                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOŁOMIN 05-200, UL.GDYŃSKA 1/3                                                                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 763 32 59                                                                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000310315                                                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY OGÓLNY                                                                                       | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOŁOMIN 05-200, GDYŃSKA 1/3                                                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 763 32 37                                                                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | CENTRUM MEDYCZNE IM. BITWY WARSZAWSKIEJ 1920 r. W<br>RADZYMINIE - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ |                                    |

|                                                    |                                                                               |                                    |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADZYMIN 05-250, UL.KONSTYTUCJI 3 MAJA 17                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22-760-71-70                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                | 010124527                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | GABINET LEKARSKI POZ                                                          | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADZYMIN 05-250, UL.KONSTYTUCJI 3 MAJA 17                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 760 72 00                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | GABINET LEKARZA POZ FILIA W WOLI RASZTOWSKIEJ                                 | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOLA RASZTOWSKA 05-253, UL. OSIEDŁOWA 5                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 760 71 70                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ FILIA W DĄBRÓWCE<br>- PUNKT SZCZEPIEŃ                    | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | DĄBRÓWKA 05-252, UL. TADEUSZA KOŚCIUSZKI 16                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 760 72 03                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 26.02.2021 r.                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - RADZYMIŃSKI OŚRODEK<br>KULTURY I SPORTU        | <b>5</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADZYMIN, 05-250, JANA PAWŁA II 20                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 571-552-875                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 22.04.2021 r.                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 12.08.2021 r.                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b> | od 31.12.2020 r.                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W ZWOLENIU         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZWOLEŃ 26-700, UL.ALEJA POKOJU 5                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 677 91 99                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                | 670204896                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                                          | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZWOLEŃ 26-700, UL. LUDOWA 7A                                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 677 91 99/501 556 354                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13</b> | od 31.12.2020 r.                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADOM 26-617, UL.JULIANA ALEKSANDROWICZA 5                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 361 39 00                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                | 670209356                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY NR 13                                         | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADOM 26-617, UL.JULIANA ALEKSANDROWICZA 5                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 361 39 00/48 361 31 23                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14</b> | od 31.12.2020 r.                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SZPITAL PRASKI P.W. PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO                                   |                                    |



|                                                    |                                                                                         |                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 03-401, AL. SOLIDARNOŚCI 67                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 555 12 22                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                | 012298823                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PRZYCHODNIA PRZYSZPITALNA SZPITALA PRASKIEGO UL. JASIŃSKIEGO                            | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 03-401, AL. SOLIDARNOŚCI 67                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 555 11 85                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b> | od 31.12.2020 r.                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIPSKU                     | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LIPSKO 27-300,<br>UL.JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO 2                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 378 13 91                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                | 671968710                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIPSKU - GABINET ZABIEGOWY | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LIPSKO 27-300,<br>UL.JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO 2                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 378 12 11/48 378 18 87                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16</b> | od 31.12.2020 r.                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWYM MIEŚCIE NAD PILICĄ               | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWE MIASTO NAD PILICĄ 26-420, UL.TOMASZOWSKA 43                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 674 38 00                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                | 670205424                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                         | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWE MIASTO NAD PILICĄ 26-420, UL.SPACEROWA 1                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 674 38 87                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17</b> | od 31.12.2020 r.                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ - SZPITAL W IŁŻY                | <b>3</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | IŁŻA 27-100, UL.BODZENTYŃSKA 17                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 616 30 63                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                | 670902293                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                         | <b>3</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | IŁŻA 27-100, UL. SIEDZIKÓWNY INKI 4                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 570 550 123                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18</b> | od 31.12.2020 r.                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ "SZPITALA POWIATOWEGO" W SOCHACZEWIE                           | <b>3</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SOCHACZEW 96-500, UL.BATALIONÓW CHŁOPSKICH 3/7                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 46 864 95 40                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                | 017222233                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                    |                                                                                                            |                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL<br>W SOCHACZEWIE                                    | 4                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SOCHACZEW 96-500, UL. BATALIONÓW CHŁOPSKICH 3/7                                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 46 864 95 52                                                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>MOSiR W SOCHACZEWIE                                                      | 6                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SOCHACZEW, 96-500,<br>UL. OLIMPIJSKA 3                                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 509 504 374                                                                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 20.04.2021 r.                                                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 26.07.2021 r.                                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | MIĘDZYLESKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W WARSZAWIE                                                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 04-749, UL.BURSZTYNOWA 2                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 473 53 30                                                                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                | 010669853                                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 04-749, BURSZTYNOWA 2                                                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 473 54 47                                                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 01.08.2021 r.                                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W KOZIENICACH                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KOZIENICE 26-900, UL.SIKORSKIEGO 10                                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 679 72 00                                                                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                | 670146450                                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                       | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KOZIENICE, 26-900, UL.SIKORSKIEGO 10                                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 679 72 00                                                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W KOZIENICACH | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KOZIENICE, 26-900, UL.SIKORSKIEGO 10                                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 679 71 57                                                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 06.05.2021 r.                                                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W OSTROWI MAZOWIECKIEJ                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OSTRÓW MAZOWIECKA 07-300, UL.DUBOISA 68                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 29 746 37 11                                                                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000306756                                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                            | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OSTRÓW MAZOWIECKA 07-300, UL. OKRZEI 8                                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 29 746 20 16/29 746 20 17                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                            |                                    |



| Miejsce udzielania świadczeń 2                     |                                                                                                | liczba zespołów (w miejscu)        |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- HALA SPORTOWA PRZY LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCYM IM. M. KOPERNIKA | 5                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OSTRÓW MAZOWIECKA, 07-300,<br>UL. T. KOŚCIUSZKI 36                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 29 746 20 17                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 23.04.2021 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 27.08.2021 r.                                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22</b> | od 31.12.2020 r.                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W<br>SOKOŁOWIE PODLASKIM                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SOKOŁÓW PODLASKI 08-300, UL.KS. J. BOSKO 5                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 25 781 72 00                                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000306779                                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIE (GABINETY) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SOKOŁÓW PODLASKI, 08-300, UL.KS. J. BOSKO 5                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 25 781 73 30                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>ZESPÓŁ SZKÓŁ NR 1 IM K. K. BACZYŃSKIEGO                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SOKOŁÓW PODLASKI, 08-300,<br>UL. MARIII SKŁODOWSKIEJ - CURIE 24                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 539 145 415                                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 18.05.2021 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b> | od 31.12.2020 r.                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W<br>WĘGROWIE                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WĘGRÓW 07-100, UL.KOŚCIUSZKI 15                                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 25 792 28 33                                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000304622                                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | SZPITAL POWIATOWY W WĘGROWIE                                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WĘGRÓW 07-100,UL. KOŚCIUSZKI 201                                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 25 506 54 31                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ W WĘGROWIE                                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WĘGRÓW 07-100,UL. PRZEMYSŁOWA 7                                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 25 792 32 70                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ W ŁOCHOWIE                                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁOCHÓW 07-130, UL. ALEJA POKOJU 73                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 25 675 12 29                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ W WYSZKOWIE                                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WYSZKÓW 07-100, WYSZKÓW 49A                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 25 793 14 00                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                |                                    |

|                                                    |                                                                                |                                    |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>              |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ W CZERWONCE                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CZERWONKA 07-100 , CZERWONKA 10                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 25 791 23 12                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>              |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>SALA GIMNASTYCZNA PO BYŁYM GIMNAZJUM LIWSKIM | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WĘGRÓW, 07-100, UL MICKIEWICZA 23 A                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 25 308 12 30                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 05.05.2021 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24</b> | od 31.12.2020 r.                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W<br>GARWOLINIE                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GARWOLIN 08-400, UL.LUBELSKA 50                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 25 684 49 49                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                | 712353954                                                                      |                                    |
|                                                    |                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GARWOLIN 08-400, UL. STASZICA 18                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 605 886 770                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | SZPITAL - PUNKT SZCZEPIEŃ - UL. LUBELSKA 50                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GARWOLIN 08-400, UL. LUBELSKA 50                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 605 886 770                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 11.02.2021 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25</b> | od 31.12.2020 r.                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SPECJALISTYCZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI W CIECHANOWIE                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CIECHANÓW 06-400, UL.POWSTAŃCÓW WIELKOPOLSKICH 2                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 23 672 32 71/4                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000311622                                                                      |                                    |
|                                                    |                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CIECHANÓW 06-400, UL.POWSTAŃCÓW WIELKOPOLSKICH 2                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 23 673 03 13                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26</b> | od 31.12.2020 r.                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MIŃSK MAZOWIECKI 05-300, UL.SZPITALNA 37                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 25 506 51 00                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                | 712351100                                                                      |                                    |
|                                                    |                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MIŃSK MAZOWIECKI 05-300,UL. KOŚCIUSZKI 9                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 609 103 464/609 169 464                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | SPZOZ PRZYCHODNIA "MIŁA"-FILIA NR 1 W WOŁOMINIE                                |                                    |

|                                                    |                                                                                                               |                                    |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOŁOMIN 05-200, UL. MIŁA 14 A                                                                                 | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony:                                 | 22 599 65 65                                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 11.02.2021 r.                                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W MIŃSKU MAZOWIECKIM - SZPITAL POWIATOWY - UL. SZPITALNA       | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MIŃSK MAZOWIECKI 05-300, UL. SZPITALNA 37                                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 609 103 464/609 169 464                                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 16.02.2021 r.                                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 19.07.2021 r.                                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>HALA SPORTOWA MIEJSKIEGO OŚRODKA SPORTU I REKREACJI W<br>MIŃSKU MAZOWIECKIM | <b>4</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MIŃSK MAZOWIECKI, 05-300, UL. KARDYNAŁA STEFANA<br>WYSZYŃSKIEGO 56                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 609 103 464                                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 07.05.2021 r.                                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 10.08.2021 r.                                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - ZESPÓŁ<br>ZAKŁADÓW                                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MAKÓW MAZOWIECKI 06-200, UL. WITOSA 2                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 29 714 24 00                                                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000304591                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | GABINET LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                                                 | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MAKÓW MAZOWIECKI 06-200, UL. WITOSA 2                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 29 714 23 22                                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- ZESPÓŁ SZKÓŁ ZAWODOWYCH IM. ŻOŁNIERZY ARMII KRAJOWEJ,<br>MAKÓW MAZOWIECKI   | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MAKÓW MAZOWIECKI, 06-200,<br>UL. DUŃSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA 7                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 573 144 118                                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 04.05.2021 r.                                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ                                                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁOSICE, 08-200, UL. SŁONECZNA 1                                                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 83 357 32 31                                                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000304585                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                               | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁOSICE, 08-200, UL. SŁONECZNA 1                                                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 83 357 32 31                                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - PRZYCHODNIA ZDROWIA W<br>ŁOSICACH                                              | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁOSICE, 08-200, UL. SŁONECZNA 1                                                                               |                                    |

|                                                    |                                                                        |                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                 | 515 365 736                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 06.05.2021 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29</b> | od 31.12.2020 r.                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W ŻUROMINIE |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŻUROMIN 09-300, UL.SZPITALNA 56                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 23 657 22 01                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000301279                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | GABINET ZABIEGOWY                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŻUROMIN 09-300, UL.SZPITALNA 56                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 23 657 22 01                                                           | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | GABINET ZABIEGOWY                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KUCZBORK 09-310, UL. MICKIEWICZA 7D                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 23 657 63 35                                                           | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 02.02.2021 r.                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | GABINET ZABIEGOWY                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SYBERIA 09-304, SYBERIA 50                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 23 657 37 02                                                           | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 02.02.2021 r.                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | GABINET ZABIEGOWY                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZIELUŃ 09-304, UL. ŚWIĘTOJAŃSKA 6                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 23 658 24 06                                                           | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 02.02.2021 r.                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>              |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | GABINET ZABIEGOWY                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SIEMIĄTKOWO 09-135, UL. REYMONTA 3                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 23 679 60 09                                                           | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30</b> | od 31.12.2020 r.                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | LUX MED ONKOLOGIA SP.Z O.O.                                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 01-748, UL.SZAMOCKA 6                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 430 88 50                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                | 360493191                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Szpital Fieldorfa                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 04-125, UL. FIELDORFA 40                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 430 87 00                                                           | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Szpital Szamocka                                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA,01-748, UL. SZAMOCKA 6                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 430 87 00                                                           | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                             | 29.03.2021 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31</b> | od 31.12.2020 r.                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                    |                                                                                                   |                                    |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIERPCU                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SIERPC 09-200, UL. JULIUSZA SŁOWACKIEGO 32                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 24 275 85 01                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000306762                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | GABINET DIAGNOSTYCZNO ZABIEGOWY                                                                   | <b>3</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SIERPC 09-200, UL. SŁOWACKIEGO 16                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 24 275 29 44                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - CENTRUM KULTURY I SZTUKI W SIERPCU                                 | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SIERPC, 09-200, UL. PIASTOWSKA 39                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 571 335 476                                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 20.04.2021 r.                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ - FILIA POZ W GOLESZYŃNIE                                                         | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BIAŁYSZEWO, 09-200, UL. MEDYCZNA 1                                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 24 276 11 12                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021 r.                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MŁAWIE                                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MŁAWA 06-500, UL. ANNY DOBRSKIEJ 1                                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 23 654 32 35                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000302474                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                   | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MŁAWA 06-500, UL. 18-STYCZNIA 4                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 23 654 33 06                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCyny LOTNICZEJ                                                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 01-755, UL. KRASIŃSKIEGO 54/56                                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 26 185 28 73                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                | 010132188                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | IZBA PRZYJĘĆ                                                                                      | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 01-755, UL. KRASIŃSKIEGO 54/56                                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 26 185 29 88                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</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, UL. SPARTAŃSKA 1                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 844 77 97                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000288567                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | ZESPÓŁ PORADNI                                                                                    |                                    |

|                                                    |                                                                                                                   |                                    |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-637, UL.SPARTAŃSKA 1                                                                                  | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefony:                                 | 22 670 93 00                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | UNIwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (Szpital na Lindleya)                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-097, UL. BANACHA 1A                                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 599 15 00                                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000288975                                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                              | <b>4</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 00-608, UL. EMILII PLATER 21                                                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 502 11 60                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 26.02.2021 r.                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ, UL. LINDLEYA 4                                                                              | <b>4</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-005, UL. LINDLEYA 4                                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 502 11 60                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 26.02.2021 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY                                                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 04-141, UL. SZASERÓW 128                                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 261 817 666                                                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                | 015294487                                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | GABINET LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                                                     | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 04-141, UL. SZASERÓW 128                                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 261 817 858 /261 817 589                                                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | PŁOCKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SP. Z O.O.                                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PŁOCK 09-402, UL.TADEUSZA KOŚCIUSZKI 28                                                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 24 364 51 00                                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                | 611416590                                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PŁOCKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ-PRZYCHODNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PŁOCK 09-400, UL. MIODOWA 2                                                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 24 364 53 50                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE W GRÓJCU SPÓŁKA Z O.O.                                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GRÓJEC 05-600, UL. PIOTRA SKARGI 10                                                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 664 91 00                                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                | 142203546                                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE W GRÓJCU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                       |                                    |



|                                                    |                                                                              |                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GRÓJEC 05-600, UL. PIOTRA SKARGI 10                                          | 2                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 48 664 91 00                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b> | od 31.12.2020 r.                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SZPITAL SOLEC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 00-382, UL.SOLEC 93                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 250 62 48                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                | 142628955                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | GABINET LEKARZA MEDYCYNY RODZINNEJ                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 00-382, UL.SOLEC 99                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 690 06 25                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | SZPITAL TYMCZASOWY W SZPITALU POŁUDNIOWYM                                    | 5                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-781,<br>UL. PILECKIEGO 99                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 166 91 11/22 166 91 12                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 19.01.2021 r.                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40</b> | od 31.12.2020 r.                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | MAZOWIECKI SZPITAL BRÓDNOWSKI W WARSZAWIE SP. Z O.O.                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 03-242, UL.KONDRATOWICZA 8                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 326 59 87/22 326 58 00                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                | 141983460                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 03-242, UL.KONDRATOWICZA 8                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 326 59 75                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41</b> | od 31.12.2020 r.                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | ARION MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 04-854, UL.KAZIMIERZA KRÓLA 39                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 24 236 09 00                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                | 060690742                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GORZEWO 09-500, UL.KRUK 5                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 24 369 60 85                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42</b> | od 31.12.2020 r.                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | CENTRUM ZDROWIA MAZOWSZA ZACHODNIEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŻYRARDÓW 96-300, UL.LIMANOWSKIEGO 30                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 46 855 20 11                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                | 143149671                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | CENTRUM ZDROWIA MAZOWSZA ZACHODNIEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |

|                                                    |                                                                                                                                                              |                                    |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŻYRARDÓW 96-300, UL.LIMANOWSKIEGO 30                                                                                                                         | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony:                                 | 46 854 33 88                                                                                                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- CENTRUM ZDROWIA MAZOWSZA ZACHODNIEGO SP. Z O.O.,<br>BUDYNEK N                                                              | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŻYRARDÓW, 96-300, UL.LIMANOWSKIEGO 30                                                                                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 515 410 257                                                                                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 11.05.2021 r.                                                                                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SZPITAL POWIATOWY GAJDA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PUŁTUSK 06-102, UL.TEOFILA KWIATKOWSKIEGO 19                                                                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 23 691 99 01                                                                                                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                | 361505810                                                                                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY DLA LEKARZA POZ                                                                                                              | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PUŁTUSK 06-100, UL. 3 MAJA 5                                                                                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 23 692 52 21                                                                                                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>HALA SPORTOWA PRZY PUBLICZNEJ SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 3 Z<br>ODDZIAŁAMI INTEGRACYJNYMI IM. TADEUSZA KOŚCIUSZKI<br>W PUŁTUSKU | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PUŁTUSK, 06-100, ALEJA TYSIĄCLECIA 14                                                                                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 509-322-578                                                                                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 22.04.2021 r.                                                                                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | ELŻBIETA WYSOCKA-ADAMUS NZOZ MEDICA                                                                                                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | REGIMIN 06-461, UL. DOBRZYŃECKIEJ 5                                                                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 23 681 15 15                                                                                                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                | 13028039000077                                                                                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                                                                         | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | REGIMIN 06-461, UL. DOBRZYŃECKIEJ 5                                                                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 23 681 15 15                                                                                                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                                                                         | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CZERNICE BOROWE 06-415, UL. CĘŁCHOWSKIEGO 2                                                                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 23 667 460 63                                                                                                                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | WOJCIECH KOCOŃ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>LECNICA MEDEA                                                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 01-826, UL. KLECZEWSKA 41/1                                                                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 639 80 89                                                                                                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                | 12429751                                                                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                                                                         |                                    |

|                                                    |                                                                               |                                    |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 01-826, UL. KLECZEWSKA 41/1                                          | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 22 639 80 89                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46</b> | od 31.12.2020 r.                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | NZOZ PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ JOANNA JACKOWSKA                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PUSZCZA MARIAŃSKA, 96-330, UL. SOBIESKIEGO 42                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 46 831 81 19                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                | 14177128300037                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PUSZCZA MARIAŃSKA, 96-330, UL. SOBIESKIEGO 42                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 516 339 289                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADZIWIŁŁÓW 96-332, UL. WARSZAWSKA 15B                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 519 456 946                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47</b> | od 31.12.2020 r.                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SZREŃ-MED." S.C.                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SZREŃSK 06-550, UL. BIEŻUŃSKA 14                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 23 653 40 12/504 580 377                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                | 130851250                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | GABINET LEKARZA POZ DLA DOROSŁYCH                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SZREŃSK 06-550, UL. BIEŻUŃSKA 24                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 23 653 40 12                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48</b> | od 31.12.2020 r.                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | NZOZ CENTRUM-MED                                                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GOŃCZYCE 08-460, GOŃCZYCE 12                                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 25 683 36 32                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                | 711644320                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEN                                                               | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GOŃCZYCE 08-460, GOŃCZYCE 12                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 25 683 36 32                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 30.06.2021 r.                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49</b> | od 31.12.2020 r.                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | PRZEDSIĘBIORSTWO WIELOBRANŻOWE "JUMO" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-797, UL. KOMISJI EDUKACJI NARODOWEJ 47/U15                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 403 52 10                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                | 014864215                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                               | 8                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-797, UL. KOMISJI EDUKACJI NARODOWEJ 47/U15                        |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 403 52 10                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50</b> | od 31.12.2020 r.                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SPZOZ MIEJSKA PRZYCHODNIA ZDROWIA                                             |                                    |

|                                                    |                                                                                      |                                    |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZĄBKI 05-091, UL. ORLA 1                                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 762 93 67                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                | 17348537                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZĄBKI 05-091, UL. ORLA 1                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 509 939 303                                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51</b> | od 31.12.2020 r.                                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-MIEJSKI<br>OŚRODEK ZDROWIA W ZIELONCE |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZIELONKA 05-220, UL. MICKIEWICZA 18                                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 763 57 00                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                | 16180722                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZIELONKA 05-220, UL. MICKIEWICZA 18                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 763 57 00                                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52</b> | od 31.12.2020 r.                                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | RENATA BLUKACZ JUSTYNA GRZYWACZ MEDICAL OFFICE                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 03-995, UL. LIGUSTROWA 23L                                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 434 21 50                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                | 15586238                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                       | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-973, UL. BELGRADZKA 42                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 641 20 06/22 424 21 50/517 863 195                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 18.07.2021 r.                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                       | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-973, UL. BELGRADZKA 48/7                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 641 20 06                                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 19.07.2021 r.                                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53</b> | od 31.12.2020 r.                                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | TER-MED SP. ZO.O.                                                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TERESIN 96-515, UL. SZYMANOWSKA 17                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 46 861 37 06                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                | 16258708                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TERESIN 96-515, UL. SZYMANOWSKA 17                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 46 861 37 06                                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54</b> | od 31.12.2020 r.                                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICINES"-<br>KAZIMIERZ PRZEPIÓRSKI          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWE ŁUBKI 09-454, NOWE ŁUBKI 5A                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 24 265 13 12                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                | 611052290                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWE ŁUBKI 09-454, NOWE ŁUBKI 5A                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 24 265 13 12                                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                      |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                                      | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | GABINET LEKARZA POZ                                                                                                  | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADZANOWO 09-451, UL. KREDYTOWA 2                                                                                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 24 265 72 22                                                                                                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                                                        |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55       | od 31.12.2020 r.                                                                                                     | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BORKOWICACH<br>MARCIN NIEWCZAS, JULITA NIEWCZAS LEKARZE SPÓŁKA<br>PARTNERSKA |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BORKOWICE 26-422, UL. OGRODOWA 11                                                                                    |                             |
| telefon/ telefony:                                | 48 675 70 65                                                                                                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 67300600000000                                                                                                       |                             |
|                                                   |                                                                                                                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                      | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BORKOWICE 26-422, UL. OGRODOWA 11                                                                                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 48 675 70 65                                                                                                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                                                        |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56       | od 31.12.2020 r.                                                                                                     | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PILAWIE                                                             |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PILAWA 08-440, UL. WOJSKA POLSKIEGO 16                                                                               |                             |
| telefon/ telefony:                                | 25 685 61 74                                                                                                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 711649061                                                                                                            |                             |
|                                                   |                                                                                                                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                      | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PILAWA 08-440, UL. WOJSKA POLSKIEGO 16                                                                               |                             |
| telefon/ telefony                                 | 25 685 61 74                                                                                                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                                                        |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57       | od 31.12.2020 r.                                                                                                     | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | FORMEDICA SP. Z O.O.                                                                                                 |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-908, UL. BEREZYŃSKA 39                                                                                   |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 616 22 15                                                                                                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 15771591                                                                                                             |                             |
|                                                   |                                                                                                                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                      | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                      | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-908, UL. BEREZYŃSKA 39                                                                                   |                             |
| telefon/ telefony                                 | 22 616 22 15/534 489 396                                                                                             |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                                                        |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58       | od 31.12.2020 r.                                                                                                     | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | "PRIMO" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK 05-402, UL. GRUNWALDZKA 13                                                                                    |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 710 18 01                                                                                                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 16267653                                                                                                             |                             |
|                                                   |                                                                                                                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                      | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                      | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK 05-402, UL. GRUNWALDZKA 13                                                                                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 22 710 18 11                                                                                                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                                                        |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                                      | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK 05-400, UL. KRASZEWSKIEGO 95                                                                                  |                             |
| telefon/ telefony                                 | 22 812 81 81                                                                                                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                                                        |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                      |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59       | od 31.12.2020 r.                                                                                                     | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | POZ-MEDICUM SP. Z O.O.                                                                                               |                             |

|                                                    |                                                                                               |                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADOM 26-600, UL. T. MAZOWIECKIEGO 7K                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 365 56 24                                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                | 671963121                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | POZ-MEDICUM SP. Z O.O.                                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADOM 26-600, UL. T. MAZOWIECKIEGO 7K                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 48 365 56 24                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60</b> | od 31.12.2020 r.                                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | CENTRUM ZDROWIA ADAM MUSZYŃSKI SPÓŁKA JAWNA                                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PIASECZNO 05-500, UL. CZAJEWICZA 5/7                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 735 00 36                                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                | 01325779500023                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ                                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PIASECZNO 05-500, UL. CZAJEWICZA 5/7                                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 462 77 00                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KONSTANCIN JEZIORNA, 05-510,<br>UL. KAZIMIERZA PUŁASKIEGO 20 B                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 44 666 44                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ                                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | USTANÓW, 05-540, UL. SŁOWICZA 1 A                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 44 666 44                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61</b> | od 31.12.2020 r.                                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WARCE                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARKA 05-660, UL. WYSOCKIEGO 12                                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 670 29 99                                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                | 670229643                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                               | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARKA 05-660, UL. WYSOCKIEGO 12                                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 48 670 29 93                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62</b> | od 31.12.2020 r.                                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | INSTYTUT "POMNIK - CENTRUM ZDROWIA DZIECKA"                                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 04-730, AL. DZIECI POLSKICH 20                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 815 16 00                                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000557961                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | IZBA PRZYJĘĆ                                                                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 04-730, AL. DZIECI POLSKICH 20                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 815 77 20                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 01.08.2021 r. - 31.08.2021 r. CZASOWE ZAWIESZENIE DZIAŁALNOŚCI PUNKTU                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63</b> | od 31.12.2020 r.                                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LEKARZ RODZINNY LEK.<br>MED. MARIOLA ŻOŁYŃIAK-JABŁOŃSKA |                                    |



|                                                    |                                                                                               |                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WYŚMIERZYCE 26-811, UL. KONOPNICKIEJ 50                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 615 70 06                                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                | 670880002                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | GABINET ZABIEGOWY Z PUNKTEM SZCZEPIEŃ                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WYŚMIERZYCE 26-811, UL. KONOPNICKIEJ 50                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 48 615 70 06                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64</b> | od 31.12.2020 r.                                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | ONKOLMED LECZNICA ONKOLOGICZNA S.C                                                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-776, UL. NOWOURSYNOWSKA 139L                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 501 367 995                                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                | 142334030                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-776, UL. NOWOURSYNOWSKA 139L                                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 797 581 010/22 643 45 03                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65</b> | od 31.12.2020 r.                                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | "MEDICUS" LEKARZE: EWA SUCHECKA, IWONA WRÓBLEWSKA - SPÓŁKA PARTNERSKA                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WYSZKÓW 07-200, UL. SIKORSKIEGO 11/2                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 29 742 57 80                                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                | 551292830                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | DŁUGOSIODŁO 07-210, UL. MICKIEWICZA 15                                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 29 741 22 35                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66</b> | od 31.12.2020 r.                                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ŚRÓDMIEŚCIE 1" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADOM 26-600, UL. STASZICA 6/8                                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 363 46 14                                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                | 671964847                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY                                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADOM 26-600, UL. STASZICA 6/8                                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 571 486 673                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67</b> | od 31.12.2020 r.                                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | CENTRUM LECZNICZO-USŁUGOWE IMIENIA ŚWIĘTEJ ANNY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PŁOCK 09-402, UL. JANA KOCHANOWSKIEGO 22A                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 24 367 33 10/24 367 33 20                                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                | 145411713                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PŁOCK 09-402, UL. JANA KOCHANOWSKIEGO 22A                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 24 367 33 10/24 367 33 20                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                               |                                    |



|                                                    |                                                                                         |                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68</b> | od 31.12.2020 r.                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | PRZYCHODNIA „OBOZISKO” SP. Z O.O.                                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADOM 26-600, UL. WARSZAWSKA 4/1                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 364 10 58                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                | 671966450                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PRZYCHODNIA „OBOZISKO” SP. Z O.O.                                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADOM 26-600, UL. WARSZAWSKA 4/1                                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 48 364 10 58                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69</b> | od 31.12.2020 r.                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | FAGMET PRZYCHODNIE SP. Z O. O.                                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 00-545, UL. MARSZAŁKOWSKA 68/70                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 46 854 21 88                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                | 383528419                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŻYRARDÓW 96-300, UL.POLSKIEJ ORGANIZACJI WOJSKOWEJ 5                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 606 769 639                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70</b> | od 31.12.2020 r.                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | DOROTA BROGOSZ-KUC I KRZYSZTOF KUC S.C.                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOŁOMIN 05-200, UL. WIDOK 19                                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 515 073 013                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 140639185                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOŁOMIN 05-200, UL. LIPIŃSKA 99                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 776 30 31/513 152 576                                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71</b> | od 31.12.2020 r.                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | MAK-MED SP. Z O.O.                                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MAŁKINIA GÓRNA 07-320, UL. BIEGAŃSKIEGO 3                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 29 745 56 52                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                | 550707742                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MAŁKINIA GÓRNA 07-320, UL. BIEGAŃSKIEGO 3                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 29 745 56 52                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72</b> | od 31.12.2020 r.                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDICOR CENTRUM ZDROWIA IZABELA ZAWADA-DRYŃKOWSKA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | FELIKSÓW 05-083, UL.STOŁECZNA 145                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 725 97 83                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                | 10352205                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LESZNO 05-084, UL. BŁOŃSKA 62                                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 725 65 00                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                           |                                    |

|                                                    |                                                                                     |                                    |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KAMPINOS 05-085, UL. SZKOLNA 2                                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 725 00 55                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ W ZABOROWIE                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZABORÓW, 05-083, UL. LEŚNA 5                                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 725 97 83, 22 725 90 07                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2021 r.                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73</b> | od 31.12.2020 r.                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PULS" RENATA SYGNOWSKA, JACEK SYGNOWSKI S.C. |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PRZYSUCHA 26-400, UL. ŚWIĘTOKRZYSKA 35                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 383 30 00                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                | 672736000000000                                                                     |                                    |
|                                                    |                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PRZYSUCHA 26-400, UL. ŚWIĘTOKRZYSKA 35                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 48 383 30 00                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74</b> | od 31.12.2020 r.                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | ADRIANA MARIA FUŁEK NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ASMED"                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MOCHOWO 09-214, UL. DOBRZYŃSKA 23                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 669 989 509                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                | 61133342100118                                                                      |                                    |
|                                                    |                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MOCHOWO 09-214, UL. DOBRZYŃSKA 23                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 24 276 32 91                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | DROBIN 09-210, UL. KOMISJI EDUKACJI NARODOWEJ 2A                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 24 263 00 99                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KOZIEBRODY 09-140, KOZIEBRODY 80                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 23 679 70 01                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PŁOCK 09-407, UL. PIŁSUDSKIEGO 35                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 24 366 24 25                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>              |                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                    |                                               |                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SIEMIĄTKOWO 09-135, UL. KWIATOWA 4            |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 23 655 71 52                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75</b> | od 31.12.2020 r.                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | LECNICA URSUS PRZYZCHODNIE SP. Z O.O.         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-495, UL. POSAG 7 PANIEN 12/U6     |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 668 43 05                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                | 38192175600010                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA, 02-495, UL. PLUTONU AK "TORPEDY" 47 |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 464 85 33                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76</b> | od 31.12.2020 r.                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | DOMINIKA BUDZIŃSKA                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-776, UL. INDIRY GANDHI 11         |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 544 26 25                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                | 1525622200022                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-776, UL. INDIRY GANDHI 11         |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 544 26 00                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77</b> | od 31.12.2020 r.                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | PZU ZDROWIE S.A.                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-673, UL. KONSTRUKTORSKA 13        |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 735 39 60                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                | 14334300000000                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-673, UL. PUŁAWSKA 145             |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 308 23 34                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY               | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 00-801, UL. CHMIELNA 71              |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 308 29 75                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                               | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KĘDZIERZYN-KOŹLE 47-223, UL. MOSTOWA 30B      |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 774 054 150/510 202 360                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 00-193, UL. STAWKI 2                 |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 535 91 91                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                 |                                    |

|                                                    |                                                                                        |                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>              |                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 01-797, UL. POWĄŻKOWSKA 44C                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 535 91 91                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>              |                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-674, UL. MARYNARSKA 13                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 535 91 91                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>              |                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ DRIVE-THRU<br>- PZU ZDROWIE S.A.                                       | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA , 00-999, UL. WORONICZA 17                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 308 23 34                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 06.05.2021 r.                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 13.08.2021 r.                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78</b> | od 31.12.2020 r.                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W<br>WOLANOWIE                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOLANÓW 26-625, UL. OPOCZYŃSKA 23/23                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 618 60 17                                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                | 672002100                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOLANÓW 26-625, UL. OPOCZYŃSKA 23/23                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 48 618 60 17                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79</b> | od 31.12.2020 r.                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W<br>IZABELINIE                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | IZABELIN 05-080, UL. TETMAJERA 3A                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 722 63 21/22 722 61 14/603 107 399                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                | 16000520                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                        | 4                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | IZABELIN 05-080, UL. TETMAJERA 3A                                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 722 63 21/22 722 61 14                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>DZIENNY DOM SENIOR+<br>(BUDYNEK PRZY SPZOZ IZABELIN) | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | IZABELIN, 05-080, UL. MATEJKI 19                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 537 999 519                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 21.04.2021 r.                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80</b> | od 31.12.2020 r.                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | MEDICON SP. Z O.O.                                                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADOM 26-600, UL. GAGARINA 1                                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 367 15 10                                                                           |                                    |

|                                                    |                                                                                                             |                                    |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                                | 67271627000036                                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADOM 26-600, UL. GAGARINA 1                                                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 790 610 790                                                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W GLINOJECKU                                        | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GLINOJECK 06-450, UL. TARGOWA 6                                                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 23 674 00 31                                                                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 130951714                                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                             | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GLINOJECK 06-450, UL. TARGOWA 6                                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 23 674 00 05                                                                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | GMINNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD LECZNICTWA OTWARTEGO W OŻAROWIE MAZOWIECKIM                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OŻARÓW MAZOWIECKI 05-850, UL. MARII KONOPNICKIEJ 9                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 344 86 16                                                                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 16263572                                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | JÓZEFÓW 05-860, UL. LIPOWA 28A                                                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 344 86 50                                                                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH-MCC MAZURKAS CONFERENCE CENTRE & HOTEL                                         | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OŻARÓW MAZOWIECKI, 05-850, UL. POZNAŃSKA 177                                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 344 86 00                                                                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 23.04.2021 r.                                                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 31.08.2021 r.                                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH-GMINNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD LECZNICTWA OTWARTEGO W OŻAROWIE MAZOWIECKI | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OŻARÓW MAZOWIECKI, 05-850, UL. MARII KONOPNICKIEJ 9                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 344 86 00                                                                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 01.09.2021 r.                                                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | WANTA ANNA MACHNICKA, KRZYSZTOF MACHNICKI SPÓŁKA CYWILNA                                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MAKÓW MAZOWIECKI 06-200, UL. POLNA 1                                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 29 717 10 31                                                                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 55070533500020                                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                             |                                    |

|                                                    |                                                                                                                 |                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MAKÓW MAZOWIECKI, 06-200, UL. POLNA 1                                                                           | 1                                  |
| telefon/ telefony                                  | 29 717 10 31                                                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 04.07.2021 r.                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | NZOZ APASJONATA                                                                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SIEDLCE 08-110, UL. DYLEWICZA 22                                                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 602 692 601                                                                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                | 710317718                                                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | GABINET ZABIEGOWY                                                                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SIEDLCE 08-110, UL. DYLEWICZA 22                                                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 25 644 44 61                                                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 31.05.2021 r.                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SUD-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | STAROŻREBY 09-440, UL. KOŚCIELNA 31A/2                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 24 261 27 33                                                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                | 146433728                                                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | STAROŻREBY 09-440, UL. KOŚCIELNA 31A/2                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 24 261 27 33                                                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | MEDICUS S.C ZOFIA LIPŃSKA WERONIKA LIPIŃSKA                                                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PODKOWA LEŚNA 05-807, UL. JELENIA 30A                                                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 729 10 65                                                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                | 1632726600025                                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ DLA DOROSŁYCH                                                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PODKOWA LEŚNA 05-807, UL. JELENIA 30A                                                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 797 434 787                                                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SZKOŁA GŁÓWNA GOSPODARSTWA WIEJSKIEGO W WARSZAWIE                                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-787, UL. NOWOURSYNOWSKA 166                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 593 14 30                                                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                | 178400118                                                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA POZ DLA DOROSŁYCH                                                                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-787, UL. NOWOURSYNOWSKA 161                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 593 14 30                                                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" BARBARA LAŃCZYK - WRONA I PARTNERZY, LEKARZE, SPÓŁKA PARTNERSKA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SZYDŁOWIEC 26-500, UL. STANISŁAWA STASZICA 3K                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 617 51 60                                                                                                    |                                    |



|                                                    |                                                                                                      |                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                                | 141591090                                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | GABINET LEKARZA POZ                                                                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SZYDŁOWIEC 26-500, UL. STANISŁAWA STASZICA 3K                                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 48 617 51 60                                                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ                                                                | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SIERPC 09-200, UL. SIENKIEWICZA 9                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 24 362 73 93                                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                | 14202811000020                                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                      | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SIERPC 09-200, UL. SIENKIEWICZA 9                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 698 000 310                                                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SPÓŁKA CYWILNA "SALUS" WSPÓLNICY: SZCZEPAN MIROŚŁAW JAROSZEWSKI, BOGDAN JAROSZEWSKI, JACEK PIETRUCHA | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CHORZELE 06-330, UL. GRUNWALDZKA 50                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 29 751 50 60                                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                | 550726981                                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CHORZELE 06-330, UL. GRUNWALDZKA 50                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 29 751 50 60                                                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | EUGENIA MURAWSKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OMEGA                                         | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SOKOŁÓW PODLASKI 08-300, UL. WĘGROWSKA 5A                                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 505 224 498                                                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                | 710258571                                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | EUGENIA MURAWSKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OMEGA                                         | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SOKOŁÓW PODLASKI 08-300, UL. WĘGROWSKA 5A                                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 505 224 498                                                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W GOŹDZIE                                                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GÓZD 26-634 , UL. LEKARSKA 4                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 320 20 19                                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                | 670221015                                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GÓZD 26-634 , UL. LEKARSKA 4                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 48 320 20 19                                                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                    |                                                                                                                          |                                    |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY GMINNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BŁONIU                                                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BŁONIE 05-870, UL. PIŁSUDSKIEGO 2/4                                                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 731 97 77                                                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 14925425                                                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY GMINNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BŁONIU                                                           | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BŁONIE 05-870, UL. PIŁSUDSKIEGO 2/4                                                                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 182 31 30                                                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - CENTRUM KULTURY W BŁONIU - FILIA GPZOZ GMINY BŁONIE W BRAMKACH                            | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BRAMKI, 05-870, UL. DŁUGA 75                                                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 182 31 34                                                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 20.04.2021 r.                                                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W TARCZYŃCE                                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARCZYN 05-555, UL. WARSZAWSKA 42                                                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 727 70 63                                                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 671987015                                                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA POZ DLA DOROSŁYCH I DZIECI                                                                                      | 4                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARCZYN 05-555, UL. WARSZAWSKA 42                                                                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 727 70 63                                                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - ZESPÓŁ SZKÓŁ SZKOŁA PODSTAWOWA I LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE IM. SZARYCH SZEREGÓW W TARCZYŃCE | 4                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARCZYN, 05-555, UL. SZARYCH SZEREGÓW 8                                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 177 90 42                                                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 22.04.2021 r.                                                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PNIEWACH                                                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PNIEWY 05-652, PNIEWY 2A                                                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 345 71 00                                                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 672973452                                                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PORADNIA POZ DLA DOROSŁYCH I DZIECI                                                                                      | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PNIEWY 05-652, PNIEWY 2A                                                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 48 345 71 00                                                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIENICY                                                                 |                                    |

|                                                    |                                                             |                                    |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SIENNIC 05-332, UL. AKACJOWA 2A                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 25 757 22 22                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 711668644                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                             | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SIENNIC 05-332, UL. AKACJOWA 2A                             |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 501 124 271/25 757 22 22                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97</b> | od 31.12.2020 r.                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | ANNA POŻAROWSZCZYKOSIK NZOZ „EWITA”                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁYSÓW 08-109, ŁYSÓW 28                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 25 641 23 21/25 641 27 92                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                | 141022305                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁYSÓW 08-109, ŁYSÓW 28                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 25 641 23 21/25 641 27 92                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98</b> | od 31.12.2020 r.                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RADZANOWIE | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADZANÓW 26-807, RADZANÓW 72                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 613 62 69                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 670230304                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                             | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADZANÓW 26-807, RADZANÓW 72                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 48 613 62 69                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99</b> | od 31.12.2020 r.                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKARYSZEWIE            | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SKARYSZEW 26-640, UL. MARII-SKŁODOWSKIEJ CURIE 12           |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 610 28 27                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 670230451                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SKARYSZEW 26-640, UL. MARII-SKŁODOWSKIEJ CURIE 12           |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 500 509 147                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ODECHÓW 26-640, ODECHÓW 118                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 48 610 33 07                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 20.01.2021 r.                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MAKÓW 16-640, UL. STAROWIEJSKA 20                           |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 48 610 43 55                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                             |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100      | od 31.12.2020 r.                                                                                       | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA MIEJSKA W JÓZEFOWIE                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JÓZEFÓW 05-420, UL. SKŁODOWSKIEJ 5/7                                                                   |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 789 21 21                                                                                           |                             |
| identyfikator REGON                               | 010045302                                                                                              |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                        | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PORADNIA ( GABINET ) LEKARZA POZ (DLA DOROSŁYCH I DZIECI                                               | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JÓZEFÓW 05-420, UL. SKŁODOWSKIEJ 5/7                                                                   |                             |
| telefon/ telefony                                 | 22 789 21 21 WEW 2                                                                                     |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                                          |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                        |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                        | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SPZOZ PRZYCHODNIA MIEJSKA W JÓZEFOWIE                                   | 6                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JÓZEFÓW, 05-420, UL. SKŁODOWSKIEJ 5/7                                                                  |                             |
| telefon/ telefony                                 | 22 789 21 21                                                                                           |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.04.2021 r.                                                                                          |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                        |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101      | od 31.12.2020 r.                                                                                       | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | SAMORZĄDOWY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BIAŁOBRZEGACH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁOBRZEGI 26-800, UL. SPACEROWA 10                                                                   |                             |
| telefon/ telefony:                                | 605 246 670                                                                                            |                             |
| identyfikator REGON                               | 380246873                                                                                              |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                        | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                   | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁOBRZEGI 26-800, UL. SPACEROWA 10                                                                   |                             |
| telefon/ telefony                                 | 798 079 188                                                                                            |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                                          |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                        |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102      | od 31.12.2020 r.                                                                                       | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | GRAŻYNA STYCZYŃSKA N.Z.O.Z. SANMEDIC                                                                   |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZBUCZYN 08-106, UL. TERESPOLSKA 15                                                                     |                             |
| telefon/ telefony:                                | 25 641 69 99                                                                                           |                             |
| identyfikator REGON                               | 710227292                                                                                              |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                        | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | GABINET ZABIEGOWY PIELĘGNIARSKI PLUS PUNKT SZCZEPIEŃ                                                   | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZBUCZYN 08-106, UL. TERESPOLSKA 15                                                                     |                             |
| telefon/ telefony                                 | 25 641 69 99                                                                                           |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                                          |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                        |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103      | od 31.12.2020 r.                                                                                       | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRĘBKOWIE               |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRĘBKÓW 07-110, UL. LIPOWA 6                                                                           |                             |
| telefon/ telefony:                                | 25 793 03 63                                                                                           |                             |
| identyfikator REGON                               | 711635188                                                                                              |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                        | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                        |                             |

|                                                     |                                                                       |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRĘBKÓW 07-110, UL. LIPOWA 6                                          | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 25 793 03 63                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104</b> | od 31.12.2020 r.                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ MEDICUS SP. Z O.O.                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŻELECHÓW 08-430, UL. REYMONTA 36A                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 754 11 09                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 71165200000000                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA POZ                                                   | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŻELECHÓW 08-430, UL. REYMONTA 36A                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 754 11 09                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105</b> | od 31.12.2020 r.                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MED-CENTRUM"<br>SPÓŁKA CYWILNA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-310, UL. BEDNARSKA 8                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 826 03 77                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 16094661                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                  | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-310, UL. BEDNARSKA 13/15                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 826 03 77                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106</b> | od 31.12.2020 r.                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CZAJKOWSKI WOJCIECH                                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁĄCK 09-520, UL. GOSTYNIŃSKA 4                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 384 14 16                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 610279576                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁĄCK 09-520, UL. GOSTYNIŃSKA 4                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 384 14 16                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107</b> | od 31.12.2020 r.                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W<br>OROŃSKU           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OROŃSKO 26-505, UL. BRANDTA 10                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 618 40 69                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 672638825                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OROŃSKO 26-505, UL. BRANDTA 10                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 618 40 69                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108</b> | od 31.12.2020 r.                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                              |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHLEWISKACH                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CHLEWISKA 26-510, UL. SZKOLNA 4A                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 628 70 73                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 141740466                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CHLEWISKA 26-510, UL. SZKOLNA 4A                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 628 70 73                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109</b> | od 31.12.2020 r.                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RZECZNIOWIE     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RZECZNIÓW 27-353, RZECZNIÓW 1A                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 616 70 06/48 340 19 31                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 140014479                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RZECZNIÓW 27-353, RZECZNIÓW 1A                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 616 70 06/48 340 19 31                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110</b> | od 31.12.2020 r.                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | VITAL-MED MERITUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GARBATKA-LETNISKO 26-930, UL. SPACEROWA 2                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 621 00 27                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 146353573                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GARBATKA-LETNISKO 26-930, UL. SPACEROWA 2                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 627 10 83/48 621 00 27                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŚWIERŻE GÓRNE 26-900, ŚWIERŻE GÓRNE 55                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 614 78 15                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111</b> | od 31.12.2020 r.                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | BEATA DANUTA SKRĘTOWSKA                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁOMIANKI 05-092, UL. WARSZAWSKA 31                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 751 69 91                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 017335960-00028                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                     | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁOMIANKI 05-092, UL. WARSZAWSKA 31                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 500 010 700 / 22 751 69 91                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                              |                                    |



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112      | od 31.12.2020 r.                                                                         | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA LEKARSKA VITA-MED                                                            |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW 06 – 400, UL. SIENKIEWICZA 71B                                                 |                             |
| telefon/ telefony:                                | 23 672 32 50                                                                             |                             |
| identyfikator REGON                               | 13-00-25-108                                                                             |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                          | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA LEKARSKA VITA-MED                                                            | 3                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW 06 – 400, UL. SIENKIEWICZA 71B                                                 |                             |
| telefon/ telefony                                 | 23 672 32 50                                                                             |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                            |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113      | od 31.12.2020 r.                                                                         | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO EWA ŚMIGASIEWICZ                                             |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GLINIANKA 05-408, UL. NAPOLEOŃSKA 53                                                     |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 789 97 22                                                                             |                             |
| identyfikator REGON                               | 1320309000029                                                                            |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                          | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PORADNIA LEKARZA POZ ( DOROŚLI I DZIECI )                                                | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GLINIANKA 05-408, UL. NAPOLEOŃSKA 53                                                     |                             |
| telefon/ telefony                                 | 22 789 97 22                                                                             |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                            |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114      | od 31.12.2020 r.                                                                         | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | BEAA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKRZEW 26-652, ZAKRZEW 41A                                                              |                             |
| telefon/ telefony:                                | 48 375 67 76                                                                             |                             |
| identyfikator REGON                               | 364541076                                                                                |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                          | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                     | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKRZEW 26-652, ZAKRZEW 41A                                                              |                             |
| telefon/ telefony                                 | 48 375 67 76                                                                             |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                            |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115      | od 31.12.2020 r.                                                                         | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | ZESPOŁOWA PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH W WIĄZOWNIE E. DREWNIAK W. PIECHOWICZ SPÓŁKA JAWNA |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIĄZOWNA 05-462, UL. LUBELSKA 36                                                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 789 01 15                                                                             |                             |
| identyfikator REGON                               | 13212083                                                                                 |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                          | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ (DOROŚLI I DZIECI)                                        | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIĄZOWNA 05-462, UL. LUBELSKA 36                                                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 22 789 01 15                                                                             |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                            |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                          |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116      | od 31.12.2020 r.                                                                         | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | CENTRUM MEDYCZNE MEDICENTER SP. Z O.O.                                                   |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-507, UL. WOŁOSKA 88                                                          |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 646 86 08                                                                             |                             |
| identyfikator REGON                               | 01545964600029                                                                           |                             |

|                                                     |                                                                        |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-507, UL. WOŁOSKA 88                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 646 86 08                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117</b> | od 31.12.2020 r.                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ OPTIMA IWONA SOCHA                                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ODRANO-WOLA 05-825, UL. TURKUSOWA 7                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 2 724 36 44                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 017302541                                                              |                                    |
|                                                     |                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRODZISK MAZOWIECKI 05-827, UL. BAIRDA 56/7                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 724 36 44 /795 505 483                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118</b> | od 31.12.2020 r.                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ZDROWIE SP. Z O.O.                                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-140, UL. ODKRYTA 51A/3                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 497 74 25                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 16261389                                                               |                                    |
|                                                     |                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-140, UL. ODKRYTA 51A/3                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 607 833 007                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119</b> | od 31.12.2020 r.                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PHOENIX SP. ZO.O.                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK 09-410, UL. CZWARTAKÓW 4                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 266 81 59                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 611051941                                                              |                                    |
|                                                     |                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK 09-410, UL. CZWARTAKÓW 4                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 266 81 59                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120</b> | od 31.12.2020 r.                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MEDICA S.C. GRAŻYNA ELŻBIETA PIETRZYKOWSKA, KRZYSZTOF SŁAWOMIR TOBIASZ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL. PRĄDZYŃSKIEGO 4                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 764 64 80                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550726290                                                              |                                    |
|                                                     |                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL. PRĄDZYŃSKIEGO 4                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 720 833 533                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                        |                                    |

|                                                     |                                                          |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121</b> | od 31.12.2020 r.                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | "DRAG-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-446, UL. FABRYCZNA 16/22                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 841 49 01                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 16842689                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                     | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-446, UL. FABRYCZNA 16/22                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 841 49 01                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122</b> | od 31.12.2020 r.                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | OPTIMA KOSZARSKA I RUDNICKA - LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOKOŁÓW PODLASKI 08-300, UL. OLSZOWA 6B                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 781 33 00                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 145806558                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOKOŁÓW PODLASKI 08-300, UL. SKŁODOWSKIEJ-CURIE 14/72    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 781 33 00                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123</b> | od 31.12.2020 r.                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MAŁA WIEŚ 09-460, UL. ŚW. M KOLBEGO 13                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 231 40 37                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 611316730                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MAŁA WIEŚ 09-460, UL. ŚW. M KOLBEGO 13                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 231 40 37/514 382 391                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124</b> | od 31.12.2020 r.                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MAZOWIECKI SZPITAL ONKOLOGICZNY SP. Z O.O.               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-411, AL. SOLIDARNOŚCI 14                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 766 15 00                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 369482970                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIELISZE 05-135, UL. KOŚCIELNA 61                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 766 15 00                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125</b> | od 31.12.2020 r.                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOWALI  |                                    |

|                                                     |                                                                                                                   |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOWALA-STĘPOCINA 26-624, UL. MARII WALEWSKIEJ 5 (ZMIANA ADMINISTRACYJNA NUMERU PORZĄDKOWEGO BUDYNKU Z KOWALA 105) |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 610 17 25                                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 671982093                                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOWALA 26-624, KOWALA105                                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 610 17 25                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WILDZE                                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WILGA 08-470, UL. WOJSKA POLSKIEGO 8                                                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 685 35 55                                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 712486773                                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WILGA 08-470, UL. WOJSKA POLSKIEGO 8                                                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 685 35 55                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GMINY TCZÓW                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TCZÓW 26 – 706, TCZÓW 28                                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 676 80 33                                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 140354896-00026                                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TCZÓW 26 – 706, TCZÓW 28                                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 676 80 33                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | WAND SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-665, AL. WILANOWSKA 368 C/U4                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 724 48 28                                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 15188673                                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                   | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRANICA 05-806, UL. GŁÓWNA 104                                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 724 48 28                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KAŁUSZYNIE PRZYCHODNIA OPIEKI ZDROWOTNEJ                         | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KAŁUSZYN 05-310, UL. WOJSKA POLSKIEGO 24                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 757 61 22                                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 711652442                                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                         |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KAŁUSZYN 05-310, UL. WOJSKA POLSKIEGO 24                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 740 21 84                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130</b> | od 31.12.2020 r.                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GRUPA ZDROWIE ARKADIUSZ CHMIELIŃSKI                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOŃSK 09-100, UL. HENRYKA SIENKIEWICZA 7               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 749 10 40                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 130148271                                               |                                    |
|                                                     |                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET SZCZEPIEŃ                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BABOSZEWO 09-130, UL. ODRODZENIA 7                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 749 10 50                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CZERWIŃSK NAD WISŁĄ 09-150, UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 6   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 749 10 62                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CZERWONKA WŁOŚCIAŃSKA 06-232, CZERWONKA WŁOŚCIAŃSKA 36A |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 717 95 70                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DZIERŻĄZNIA 09-164, DZIERŻĄZNIA 58                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 749 10 53                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWY                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-285, UL. KONDRATOWICZA 27B                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 749 10 00                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>               |                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RACIĄŻ 09-140, UL. MŁAWSKA 15                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 749 10 55                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>               |                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK 09-402, UL. HARCERZA ANATOLKA GRADOWSKIEGO 26     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 262 37 35                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>               |                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWY                                       |                                    |

|                                                     |                                                                                             |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOŃSK 09-100, UL. SIENKIEWICZA 7                                                           | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 749 10 30                                                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>               |                                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET SZCZEPIEŃ                                                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-984, UL. SAMOLOTOWA 9A                                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 749 10 20                                                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10</b>              |                                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SYPNIEWO 06-216, UL. WINCENTEGO WITOSA 2                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 749 10 60                                                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 11</b>              |                                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>MIEJSKIE CENTRUM KULTURY, SPORTU<br>I REKREACJI W RACIAŻU | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RACIAŻ, 09-140, UL. PARKOWA 14                                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 880 521 954                                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 19.04.2021 r.                                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 12</b>              |                                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>OSP W SZCZYTNE                                            | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZCZYTNO, 09-141, SZCZYTNO 11 A                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 880 521 936                                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 19.04.2021 r.                                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 13</b>              |                                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>MIEJSKIE CENTRUM SPORTU I REKREACJI                       | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOŃSK, 09-100, UL. KOPERNIKA 3                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 880 521 952                                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 22.04.2021 r.                                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131</b> | od 31.12.2020 r.                                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | JUTRO MEDICAL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-607, UL. JANA CZECZOTA 31                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 570 690 376                                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 384955359                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-797, UL. POWĄŻKOWSKA 44                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 570 690 376                                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 R.                                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 07.04.2021 R.                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132</b> | od 31.12.2020 r.                                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | "CITY CLINIC" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                       |                                    |



|                                                     |                                                                                                                    |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-473, UL. POPULARNA 62A                                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 863 90 69                                                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 141780218                                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-473, UL. POPULARNA 62A                                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 863 90 69/22 266 04 17                                                                                          | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO LEK. MED. BOŻENA PIETRUSKA                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSZKÓW 07-200, UL. STEFANA OKRZEI 81A                                                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 742 85 05/604 437 165                                                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550386930                                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSZKÓW 07-200, UL. STEFANA OKRZEI 81A                                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 742 85 05                                                                                                       | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA "SPECLEK" SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WARSZAWIE |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-910, AL.GEN.ANTONIEGO CHRUŚCIELA "MONTERA" 103                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 26 181 44 44                                                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 13268132                                                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-910, AL.GEN.ANTONIEGO CHRUŚCIELA "MONTERA" 103                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 26 181 42 06                                                                                                       | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GRUPAZDROWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-477, UL. KAROLA SZYMANOWSKIEGO 6/61A                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 412 42 44                                                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14704046800028                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWY PIELĘGNIARSKI (PUNKT SZCZEPIEŃ)                                                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-477, UL. KAROLA SZYMANOWSKIEGO 6/61A                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 412 42 44                                                                                                       | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GRUPA ZDROWIE MNISZEW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MNISZEW 26-910, MNISZEW 18                                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 621 90 57                                                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 38432800000000                                                                                                     |                                    |

|                                                     |                                                             |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MNISZEW 26-910, MNISZEW 18                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 621 90 57                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137</b> | od 31.12.2020 r.                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | USŁUGI MEDYCZNE NZOZ GOLE MEDYCYNĄ RODZINNA BARBARA KWIATEK |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GOLE 96-314,GOLE 50                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 46 856 07 26                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 220355773                                                   |                                    |
|                                                     |                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA POZ                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GOLE 96-314,GOLE 50                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 46 856 07 26                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA POZ                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRODZISK MAZOWIECKI 05-825, UL. ŻYDOWSKA 17/2               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 378 00 90                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 138</b> | od 31.12.2020 r.                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNO REHABILITACYJNE SORNO EDYTA STANKIEWICZ    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MOŚCISKA 05-825, UL. KRUCZA 14                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 722 90 02                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 140373505-00029                                             |                                    |
|                                                     |                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STARE BABICE 05-082, UL. RYNEK 21                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 722 90 02                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139</b> | od 31.12.2020 r.                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOROWIU    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BOROWIE 08-412, UL. GARWOLIŃSKA 9                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 685 90 29                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 71163900000000                                              |                                    |
|                                                     |                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BOROWIE 08-412, UL. GARWOLIŃSKA 9                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 685 90 29                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140</b> | od 31.12.2020 r.                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | BETA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZĄBK I 05-091, UL. KS. IGNACEGO SKORUPKI 71                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 781 63 35                                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                              |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                                 | 16138223                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZĄBKI 05-091, UL. KS. IGNACEGO SKORUPKI 71                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 781 58 42                                                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 141</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ARKMEDIC CENTRUM MEDYCZNE                                                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-412, UL. LEONA KRUCZKOWSKIEGO 6/U4                                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 520 00 06                                                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 380824399                                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | ARKMEDIC CENTRUM MEDYCZNE PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-412, UL. LEONA KRUCZKOWSKIEGO 6/U4                                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 520 00 06                                                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 142</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „IMED” IWONA NIECZAJ                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLSZANKA 08-207, OLSZANKA 30A                                                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 833 131 831                                                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 30231035                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLSZANKA 08-207, OLSZANKA 30A                                                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 833 131 831                                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 143</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" S.C.                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEONCIN 05-155, UL. PARTYZANTÓW 3                                                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 785 65 12                                                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 16421025                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWY PIELĘGNIARSKI                                                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEONCIN 05-155, UL. PARTYZANTÓW 3                                                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 785 65 12                                                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 144</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA "CENTRUM" A. WILKOWSKI, J.B. SOBSTYL SPÓŁKA JAWNA | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL. PILECKIEGO 14                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 766 89 53                                                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 551192731                                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL. PILECKIEGO 14                                                                          |                                    |

|                                                     |                                                                                        |                                |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 29 766 89 53                                                                           | 1                              |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                          |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                        |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 145</b> | od 31.12.2020 r.                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | ROYALMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                       |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁOMIANKI 05-092, UL. WIŚLANA 36                                                        |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 668 466 154                                                                            |                                |
| identyfikator REGON                                 | 141967833                                                                              |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                        |                                |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO                                                            | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁOMIANKI 05-092, UL. WIŚLANA 36                                                        |                                |
| telefon/ telefony                                   | 533 702 703                                                                            |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                          |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                        |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 146</b> | od 31.12.2020 r.                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | NOBLE MEDICINE PREMIUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-112, UL. BAGNO 2D                                                          |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 22 610 38 17                                                                           |                                |
| identyfikator REGON                                 | 368042766                                                                              |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                        |                                |
| nazwa:                                              | PORADNIA INTERNISTYCZNA                                                                | 2                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-112, UL. BAGNO 2D                                                          |                                |
| telefon/ telefony                                   | 22 610 38 17                                                                           |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                          |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                        |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 147</b> | od 31.12.2020 r.                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GOSZCZYNIE                            |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GOSZCZYN 05-610, UL. BĄDKOWSKA 1                                                       |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 48 663 22 83                                                                           |                                |
| identyfikator REGON                                 | 140254315                                                                              |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                        |                                |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA POZ                                                                    | 2                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GOSZCZYN 05-610, UL. BĄDKOWSKA 1                                                       |                                |
| telefon/ telefony                                   | 48 663 22 83                                                                           |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                          |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                        |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 148</b> | od 31.12.2020 r.                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "RODZINA" S.C. CZESŁAWA DEPTUŁA-KARPIŃSKA I S-KA |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL. GEN. FIELDORFA „NILA” 10                                         |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 29 764 40 99/29 764 60 38                                                              |                                |
| identyfikator REGON                                 | 550666084                                                                              |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                        |                                |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                        | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL. GEN. FIELDORFA „NILA” 10                                         |                                |
| telefon/ telefony                                   | 725 749 725                                                                            |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                          |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                        |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 149</b> | od 31.12.2020 r.                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b> |

|                                                     |                                                                             |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NADARZYNIE          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NADARZYN 05-830, UL. SITARSKICH 3                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 739 48 40                                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 1718540000000                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                             | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NADARZYN 05-830, UL. SITARSKICH 3                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 603 347 377                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MŁOCHÓW 05-831, UL. MAZOWIECKA 5A                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 534 097 670, 22 739 48 40                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 150</b> | od 31.12.2020 r.                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA-WAWER |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-564, UL. J. STRUSIA 4/8                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 590 09 24                                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 13076183                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-564, UL. J. STRUSIA 4/8                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 507 842 317                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-832, UL. PATRIOTÓW 170                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 507 842 961                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-713, UL. ŻEGAŃSKA 13                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 504 250 394                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - WAWERSKI DOM KULTURY                         | 6                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-713, UL. ŻEGAŃSKA 1A                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 571 227 655                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 29.04.2021 r.                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ - PAŁAC KULTURY I NAUKI                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-901, PL. DEFILAD 1                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 507 842 969                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 13.08.2021 r.                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 151</b> | od 31.12.2020 r.                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                                                        |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | G.STECKO,J.MIEDZIUN.M.FILIPOWICZ,E.SZYMAŃSKA S.C<br>NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYCYNA RODZINNA            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRÓJEC 05-600, UL. OLIMPIJSKA 8                                                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 784 967 140                                                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 672727121                                                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA POZ                                                                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRÓJEC 05-600, UL. OLIMPIJSKA 8                                                                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 784 967 140                                                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 152</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W<br>WYŚMIERZYCACH                                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYŚMIERZYCE 26-811, UL. 1000-LECIA PAŃSTWA POLSKIEGO 8                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 615 70 10                                                                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 670856073                                                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYŚMIERZYCE 26-811, UL. 1000-LECIA PAŃSTWA POLSKIEGO 8                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 615 70 10                                                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 153</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SK-MED B.SAWICKA, B.KULIS SPÓŁKA JAWNA                                                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-384, UL. WIATRACZNA 21/U1                                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 507 810 507                                                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 38258200000000                                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA POZ                                                                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-384, UL. WIATRACZNA 21/U1                                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 792 449 092                                                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 154</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MARIUSZ GÓJSKI "RODZINNY"                                                                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-526, UL. KRÓLA MACIUSIA 9/60                                                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 757 91 97                                                                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14078782700032                                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JAKUBÓW 05-306, UL. MIŃSKA 9                                                                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 757 91 97                                                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 155</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYZCHODNIA<br>RODZINNA "MOKOTOWSKA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-641, UL. MOKOTOWSKA 6A                                                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 825 35 67                                                                                                           |                                    |

|                                                     |                                                                    |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                                 | 16807552                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKOWEJ-RODZINNEJ                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-641, UL. MOKOTOWSKA 6A                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 825 35 67                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 156</b> | od 31.12.2020 r.                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ANDRZEJ KOWALSKI                                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DZIERZGOWO 06-520, UL. KSIĘDZA PRYMASA MIKOŁAJA DZIERZGOWSKIEGO 8A |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 605 243 568                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 130061469                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA POZ DLA DOROSŁYCH                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DZIERZGOWO 06-520, UL. KSIĘDZA PRYMASA MIKOŁAJA DZIERZGOWSKIEGO 8A |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 653 30 10                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 157</b> | od 31.12.2020 r.                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | STAY HEALTHY CLINIC MAGDALENA WAŁDOCH                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-699, UL. KŁOBUCKA 8A/U4                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 664 368 808                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 386043912                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE STAY HEALTHY                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-699, UL. KŁOBUCKA 8A/U4                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 664 368 808                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 158</b> | od 31.12.2020 r.                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GRAŻYNA WŁASZCZYK PRZYCHODNIA GRAMED                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY DWÓR MAZOWIECKI 05-100, UL. JÓZEFA WYBICKIEGO 14              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 775 81 47                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 1023713100025                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWY PIELĘGNIARSKI                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY DWÓR MAZOWIECKI 05-100, UL. JÓZEFA WYBICKIEGO 14              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 775 81 47                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 159</b> | od 31.12.2020 r.                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE VITA-MEDICA SP Z O.O.                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SULEJÓWEK 05-070, UL. KOMBATANTÓW 85                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 783 00 16                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 140190549                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-717, UL. KS.IGNACEGO KŁOPOTOWSKIEGO 22                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 698 51 38                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                                    |



|                                                     |                                                              |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 160</b> | od 31.12.2020 r.                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | JOLANTA ANNA MIKOŁAJEWSKA - NZOZ PORADNIA RODZINNA "ESKULAP" |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOŃSK 09-100 , UL. GRUNWALDZKA 11A                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 663 08 79                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 130080343                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                              | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOŃSK 09-100 , UL. GRUNWALDZKA 11A                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 663 08 79/509 609 630/ 23 662 87 60 WEW.22                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 161</b> | od 31.12.2020 r.                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | EL-MED MARCINKOWSCY SPÓŁKA JAWNA                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEGIONOWO 05-120, UL. BELESŁAWA CHROBREGO 62                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 784 87 82                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14109886300067                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY                              | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEGIONOWO 05-120, UL. ZYGMUNTA KRASIŃSKIEGO 70               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 784 57 24                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 162</b> | od 31.12.2020 r.                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | BEATA BARTNIK NZOZ NASZE ZDROWIE                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁOCHÓW 07-130, UL. 10-LECIA ŁOCHOWA 1E                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 675 02 77                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 710 330 280                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁOCHÓW 07-130, UL. ALEJA POKOJU 2                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 516 755 608                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 163</b> | od 31.12.2020 r.                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ALFAMEDIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MŁAWA 06-500, UL. GRZEBSKIEGO 12                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 676 18 11                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 383112819                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MŁAWA 06-500, UL. GRZEBSKIEGO 12                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 676 18 11                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 164</b> | od 31.12.2020 r.                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE JUDYTA SP. Z O. O.                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RASZYN 05- 090, UL. PONIATOWSKIEGO 21                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 185 55 21                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 365425159                                                    |                                    |

|                                                     |                                                   |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RASZYN 05- 090, UL. PONIATOWSKIEGO 21             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 507 767 385                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RASZYN 05- 090, UL. PRUSZKOWSKA 52                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 185 55 73/507 767 385                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 165</b> | od 31.12.2020 r.                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | BORAMED CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O. SP. K.        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-982, UL. BORA-KOMOROWSKIEGO 21/307    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 250 15 77                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 146756874                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ DLA DOROSŁYCH                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-982, UL. BORA-KOMOROWSKIEGO 21/307    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 417 01 00                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166</b> | od 31.12.2020 r.                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARSKI WOJCIECH GRZYBOWSKI              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 05-077, UL. LEŚNYCH ZIÓŁ 19              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 535 36 00                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 16229799                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ DLA DOROSŁYCH                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-787, UL. BELI BARTOKA 8/U/A           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 535 36 00                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 167</b> | od 31.12.2020 r.                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARZY SPECJALISTÓW                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-802, UL. MARYMONCKA 75A/U2            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 507 533 088                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 36955413200011                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARZY SPECJALISTÓW                  | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-802, UL. MARYMONCKA 75A/U2            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 502 228 862                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 168</b> | od 31.12.2020 r.                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MEDICOVER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAW 00-807, AL. JEROZOLIMSKIE 96              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 592 70 00                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 012396508                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                   |                                                |                                    |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-189, UL. INFLANCKA 5               |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 500 900 530                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-123, UL. ŁUKISKA 1                 |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 500 900 530                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-838, UL. PROSTA 36                 |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 500 900 530                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ DLA DOROSŁYCH                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-867, UL. JANA PAWŁA 27             |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 500 900 530                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ (SZCZEPIENIA ZALECANE)         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-797, UL. KLIMCZAKA 1               |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 500 900 530                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-840, UL. GROCHOWSKA 306/308        |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 500 900 530                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>             |                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ DLA DOROSŁYCH                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-675, UL. WOŁOSKA 22                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 500 900 530                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>             |                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ DLA DOROSŁYCH I DZIECI         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-819, UL. PUŁAWSKA 278              |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 500 900 530                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>             |                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ DLA DOROSŁYCH                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-807, AL. JERUZOLIMSKIE 96          |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 500 900 530                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10</b>            |                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | CENTRUM MEDYCYNY PRACY MEDICOVER - CYBERNETYKI |                                    |

|                                                     |                                                                     |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-677, UL. CYBERNETYKI 19                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 500 900 530                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 169</b> | od 31.12.2020 r.                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ TAK-MED S.C.                                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRODZISK MAZOWIECKI 05-825, UL. BLISKA 14                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 755 67 45                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 1085749000022                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) LEKARZA RODZINNEGO                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRODZISK MAZOWIECKI 05-825, UL. BLISKA 14                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 581 591 346                                                         | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 170</b> | od 31.12.2020 r.                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SC.PRZYCHODNIA LEKARSKA EMED EWA T JASTRZĘBSKA WACŁAW T JASTRZĘBSKI |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRASNOSIELC 06-212,UL. MOSTOWA 11                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 717 56 44                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550670128                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRASNOSIELC 06-212,UL. MOSTOWA 11                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 717 56 44                                                        | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 171</b> | od 31.12.2020 r.                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ ESKULAP SP. ZO.O                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRZASNYSZ 06-300, UL. RYCERSKA 3                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 752 30 26                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 146423397                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRZASNYSZ 06-300, UL. RYCERSKA 3                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 752 30 26                                                        | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 172</b> | od 31.12.2020 r.                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MARECKI OŚRODEK ZDROWIA SP.Z O.O.                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MARKI 05-270, UL. SPORTOWA 3                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 781 16 03                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 16346068                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MARKI 05-270, UL. SPORTOWA 3                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 730 999 063/22 781 16 03                                            | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 173</b> | od 31.12.2020 r.                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | STREFA PACJENTA SP. Z O.O. SP.K                                     |                                    |

|                                                     |                                                                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-982, UL. GEN. TADEUSZA BORA-KOMOROWSKIEGO 37/210                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 692 143 903                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 38241037700011                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ DZIECI                                                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-982, UL. GEN. TADEUSZA BORA-KOMOROWSKIEGO 37/210                   | 2                                  |
| telefon/ telefony                                   | 507 414 428/507 414 232                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ DZIECI                                                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-982, UL. GEN. TADEUSZA BORA-KOMOROWSKIEGO 37/210                   | 2                                  |
| telefon/ telefony                                   | 507 414 428/507 414 232                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 174</b> | od 31.12.2020 r.                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO BOGDAN KOWALCZYK                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSZKÓW 07-200, UL. SIKORSKIEGO 27                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 742 33 06                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 55008359500020                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWY                                                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSZKÓW 07-200, UL. SIKORSKIEGO 27                                             | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 605 672 847                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 175</b> | od 31.12.2020 r.                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA TOMASZ DZIĘCIOŁ                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OKUNIEW 05-079, UL. STANISŁAWOWSKA 28                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 783 70 05                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 016455449                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OKUNIEW 05-079, UL. STANISŁAWOWSKA 28                                          | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 783 70 05                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 176</b> | od 31.12.2020 r.                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE BIAŁOŁĘKA SP. Z O.O.                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZELIGI 05-850, UL. CYPRYSOWA 4                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 741 60 58                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 017329095                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ DLA DOROSŁYCH I DZIECI                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-134, UL. KSIĄŻKOWA 9                                               | 2                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 741 60 58                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                           |                                    |

|                                                     |                                                                                                     |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-287, UL. SKARBKA Z GÓR 142                                                              | 2                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 741 60 58                                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO - ZABIEGOWY                                                                   | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 03-134, UL. KSIĄŻKOWA 10                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 741 60 58                                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 11.06.2021 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 177</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MILLENIUM" S.C.<br>DARIUSZ WOJTOWICZ, IWONA ULJASZ-WOJTOWICZ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOZIENICE 26-900, UL. RADOMSKA 11                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 389 35 34                                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 67272960500027                                                                                      |                                    |
|                                                     |                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOZIENICE 26-900, UL. RADOMSKA 11                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 389 35 34                                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOZIENICE 26-900, UL. MIKOŁAJA KOPERNIKA 15/2                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 611 31 81                                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 178</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE LECZY-MED MAŁGORZATA ŁĘCZYCKA                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZĄBKI 05-091, UL. KRASICKIEGO 14/U2                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 508 336 187                                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 146094108                                                                                           |                                    |
|                                                     |                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZĄBKI 05-091, UL. KRASICKIEGO 14/U2                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 504 040 561                                                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 04.07.2021 r.                                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZĄBKI 05-091, UL. RÓŻANA 24                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 504 040 561                                                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 05.07.2021 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 179</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO WIESŁAWA RAJKOWSKA                                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL. STEYERA 2E                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 760 41 30                                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550061317                                                                                           |                                    |
|                                                     |                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                     |                                    |

|                                                     |                                                                                                                          |                                |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL. STEYERA 2E                                                                                         | 1                              |
| telefon/ telefony                                   | 29 760 41 30                                                                                                             |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                            |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                          |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 180</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SOLCU NAD WISŁĄ - WOJCIECH CHECHLIŃSKI I EWA WOŹNIAK - SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOLEC NAD WISŁĄ 27-320, UL. SŁONECZNA 2                                                                                  |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 48 376 12 06                                                                                                             |                                |
| identyfikator REGON                                 | 672755867                                                                                                                |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                          |                                |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                          | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOLEC NAD WISŁĄ 27-320, UL. SŁONECZNA 2                                                                                  |                                |
| telefon/ telefony                                   | 48 376 12 06                                                                                                             |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                            |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                          |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 181</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ BELMED                                                                    |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BELSK DUŻY 05-622, UL. SZKOLNA 4                                                                                         |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 48 661 12 69                                                                                                             |                                |
| identyfikator REGON                                 | 673021340                                                                                                                |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                          |                                |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                                     | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BELSK DUŻY 05-622, UL. SZKOLNA 4                                                                                         |                                |
| telefon/ telefony                                   | 48 661 12 69                                                                                                             |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                            |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                          |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 182</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | SPÓŁKA CYWILNA " JUNIPERUS "WSPÓLNICY SPÓŁKI CYWILNEJ: ALINA ELŻBIETA GALCZAK, WITOLD GALCZAK, JUSTYNA PIETRAK           |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | IZABELIN 05-080, UL. KOSCIUSZKI 41                                                                                       |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 22 722 62 46                                                                                                             |                                |
| identyfikator REGON                                 | 10671070                                                                                                                 |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                          |                                |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                                     | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | IZABELIN 05-080, UL. KOSCIUSZKI 41                                                                                       |                                |
| telefon/ telefony                                   | 22 722 62 46                                                                                                             |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                            |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                          |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 183</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | BALUMED SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE PROFILAKTYKI, DIAGNOSTYKI I TERAPII MAŁEGO DZIECKA                              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-972, UL. SARMACKA 18/93                                                                                      |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 787 655 660                                                                                                              |                                |
| identyfikator REGON                                 | 2748240                                                                                                                  |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                          |                                |
| nazwa:                                              | BALUMED SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE PROFILAKTYKI, DIAGNOSTYKI I TERAPII MAŁEGO DZIECKA                              | 2                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-972, UL. SARMACKA 18/93                                                                                      |                                |



|                                                     |                                                                  |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 787 655 660                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 184</b> | od 31.12.2020 r.                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GMINNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W JASIEŃCU |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JASIEŃCIEC 05-604, UL. CZERSKA 5                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 661 35 82                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14007399600020                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JASIEŃCIEC 05-604, UL. CZERSKA 5                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 661 35 82                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GOŚNIEWICE 05-604, GOŚNIEWICE 45                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 661 35 26                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 185</b> | od 31.12.2020 r.                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | TOMED r.KSIĄŻEK-TOMASZEWSKA, r.TOMASZEWSKI SPÓŁKA JAWNA          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARKA 05-660, UL. LETNIA 5                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 664 50 91                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14605262400027                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LESZNOWOLA 05-600, LESZNOWOLA 6                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 664 50 91                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 186</b> | od 31.12.2020 r.                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRAKTYKA LEKARSKA NUMER 1 JAROSŁAW LIPCZYŃSKI                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MISZEWO MUROWANE 09-470, UL. POŁUDNIOWA 11B                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 260 60 21/600 854 533                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 61105934500010                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MISZEWO MUROWANE 09-470, UL. POŁUDNIOWA 11B                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 260 60 21/732 957 514                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 187</b> | od 31.12.2020 r.                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | BARBARA WALENTYNA BALCERZAK                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁYSE 07-437, UL. TOPOŁOWA 2                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 608 031 371                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550060861                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁYSE 07-437, UL. TOPOŁOWA 2                                      |                                    |

|                                                     |                                                            |                                |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 29 772 50 32                                               | 1                              |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                            |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 188</b> | od 31.12.2020 r.                                           | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | CLINICA MEDICA                                             | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŻABIA WOLA 96-321, UL. SPÓŁDZIELCZA 2B                     |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 728 999 665                                                |                                |
| identyfikator REGON                                 | 36572072800017                                             |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                            |                                |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                            | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŻABIA WOLA 96-321, UL. SPÓŁDZIELCZA 2B                     |                                |
| telefon/ telefony                                   | 728 999 665                                                |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                            |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 189</b> | od 31.12.2020 r.                                           | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MAGMEDIC" S.C.      | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MAGNUSZEW 26-910, UL. KLONOWA 16                           |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 48 621 70 18                                               |                                |
| identyfikator REGON                                 | 671962601                                                  |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                            |                                |
| nazwa:                                              | NZOZ "MAGMEDIC"                                            | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MAGNUSZEW 26-910, UL. KLONOWA 16                           |                                |
| telefon/ telefony                                   | 48 621 70 18                                               |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                            |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 190</b> | od 31.12.2020 r.                                           | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA MEDYCyny RODZINNEJ K RADZIWIŁŁ KAROL RADZIWIŁŁ | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-798, UL. ROMUALDA MIELCZARSKIEGO 1             |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 505 187 330                                                |                                |
| identyfikator REGON                                 | 36004130                                                   |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                            |                                |
| nazwa:                                              | PORADNIA CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH                              | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-798, UL. ROMUALDA MIELCZARSKIEGO 1             |                                |
| telefon/ telefony                                   | 505 187 330                                                |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                            |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 191</b> | od 31.12.2020 r.                                           | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | HAUS SP.Z O.O.                                             | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-645, UL. GANDHIEGO 7/6                         |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 517 707 326/22 382 70 14/664 370 314                       |                                |
| identyfikator REGON                                 | 145823315                                                  |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                            |                                |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ           | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-776, UL. DERENIOWA 9                           |                                |
| telefon/ telefony                                   | 22 382 70 14/664 370 314                                   |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                            |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 192</b> | od 31.12.2020 r.                                           | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | "SANUS" SPÓŁKA Z O.O.                                      |                                |

|                                                     |                                                                    |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GARWOLIN 08-400, UL. DOBRA 3 LU 9                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 682 46 69                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 71164312400024                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA POZ DLA DOROSŁYCH I DZIECI                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GARWOLIN, 08-400, DOBRA 3 LU 9                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 683 04 59                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 193</b> | od 31.12.2020 r.                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MACIEJEWSKI JANUSZ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICAR" |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIERPC 09-200, UL. STEFANA GROTA-ROWECKIEGO 2A/19                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 275 32 20                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 61019948100045                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIERPC 09-200, UL. STEFANA GROTA-ROWECKIEGO 2A/19                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 275 32 20                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LIGOWO 09-228, UL. JANA PAWŁA II 32                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 276 53 06                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 194</b> | od 31.12.2020 r.                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŁBIELI          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOŁBIEL 05-340, UL. SZKOLNA 3                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 757 31 91                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 01491798600028                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOŁBIEL 05-340, UL. SZKOLNA 3                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 757 31 91                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOŁBIEL 05-340, UL. SZKOLNA 3                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 757 31 91                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 195</b> | od 31.12.2020 r.                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ PRADNIA RODZINNA DANUTA ŁEPECKA                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LIPSKO 27-300, UL. 1 MAJA 79                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 378 14 50                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 670164079                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                    |                                    |

|                                                     |                                                                                  |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LIPSKO 27-300, UL. 1 MAJA 79                                                     | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 48 378 14 50                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 196</b> | od 31.12.2020 r.                                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MAŁGORZATA SALAMONOWICZ-PRZYSTAŚ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SANALEX" |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OJRZEŃ 06-456, UL. CIECHANOWSKA 29                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 672 06 50                                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 13030001700047                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKOWO - RODZINNEJ                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OJRZEŃ 06-456, UL. CIECHANOWSKA 29                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 672 06 50                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 197</b> | od 31.12.2020 r.                                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MD CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-815, UL. SIENNA 83/189                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 688 77 94                                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 142711389                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA WIELOSPECJALISTYCZNA MD CLINIC                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-815, UL. SIENNA 83/189                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 688 77 94                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 198</b> | od 31.12.2020 r.                                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | OSMAN MEDICAL                                                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TRĄBK I 08-440, AL.OWOCOWA 30C                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 66 276 89 66                                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 146523779                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA CHORO B WEWNETRZNYCH                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TRĄBK I 08-440, AL.OWOCOWA 30C                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 509 830 285                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 199</b> | od 31.12.2020 r.                                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | TERAGRA SPÓŁKA CYWILNA                                                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-936, UL. ŚW. BONIFACEGO 70/U10                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 642 47 18                                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 01317990200027                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA POZ                                                                     | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-936, ŚW. BONIFACEGO 70/U7-U11                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 842 58 13                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 200</b> | od 31.12.2020 r.                                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                                                   |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "FAMILIA" PORADNIA RODZINNA W NARUSZEWIE HANNA KRYSIAK, JANUSZ KRYSIAK S.C. |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NARUSZEWO 09-152, NARUSZEWO 12B                                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 663 10 20                                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 130458994                                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET SZCZEPIEŃ                                                                                                 | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NARUSZEWO 09-152, NARUSZEWO 12B                                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 663 10 20                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 201</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ PRZYCHODNIA LEKARSKA W RZEKUNIU IWONA MALINOWSKA-PAŹDZIOR                                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RZEKUŃ 07-411, UL.SZKOLNA 21                                                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 761 75 04                                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550068294                                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                   |                                    |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RZEKUŃ 07-411, UL.SZKOLNA 21                                                                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 761 75 04                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 202</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZDROWIE S.C. W WYSZKOWIE                                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSZKÓW 07-200, UL. PROSTA 15                                                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 742 56 14                                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550727331                                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                   |                                    |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSZKÓW 07-200, UL. PROSTA 15                                                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 742 95 77                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 203</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MAŁGORZATA NAWROT                                                                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLSZEWO-BORKI 07-415, UL. 3-GO MAJA 4                                                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 761 32 63/29 761 35 00                                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550070990                                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                   |                                    |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OLSZEWO-BORKI 07-415, UL. 3-GO MAJA 4                                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 761 32 63/29 761 35 00                                                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 204</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | "SEP-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-521, UL. HOŻA 19                                                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 501 169 127                                                                                                       |                                    |

|                                                     |                                                                         |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                                 | 140361784                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-521, UL. HOŻA 19                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 665 295 505                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 205</b> | od 31.12.2020 r.                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SOL-MED" SP. Z O.O.              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-391, UL. 3 MAJA 2/35                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 625 02 92                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 01681308000032                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                    | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-391, UL. 3 MAJA 2/35                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 625 02 92                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 206</b> | od 31.12.2020 r.                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ BARKA PORADNIA MEDYCyny RODZINNEJ                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZABRODZIE 07-230, UL. WŁ. ST REYMONTA 10                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 742 04 88                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 140137265                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWY Z PUNKTEM SZCZEPIEŃ                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZABRODZIE 07-230, UL. WŁ. ST REYMONTA 10                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 742 04 88                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 207</b> | od 31.12.2020 r.                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEYCZNE W JAKTOROWIE S.C.D.KOŹBIAŁ,M.ŁASKI                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CHYLICE-KOLONIA 96-313, UL. WARSZAWSKA 24                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 570 570 005                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14698593600025                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CHYLICE-KOLONIA 96-313, UL. WARSZAWSKA 24                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 570 570 005                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- BUDYNEK BYŁEGO GIMNAZJUM W JAKTOROWIE | 4                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JAKTORÓW, 96-313, UL. CHEŁMOŃSKIEGO 4                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 509 316 709                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 10.05.2021 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 208</b> | od 31.12.2020 r.                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GAB-MED GABRIELA PIETKUN                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TROSZYN 07-405,UL. SZKOLNA 8                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 767 10 01                                                            |                                    |

|                                                     |                                                                                                 |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                                 | 758-234-72-47                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                            | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TROSZYN 07-405, UL. SZKOLNA 8                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 767 10 01                                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 209</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W POMIECHÓWKU                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | POMIECHÓWEK 05-180, UL. SŁONECZNA 51                                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 785 41 20                                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 16239770                                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | POMIECHÓWEK 05-180, UL. SŁONECZNA 51                                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 785 41 20                                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 210</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ "ZDROWA RODZINA" S.C., BEATA EL SOUSY, KHALED EL SOUSY      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-813, UL. MARYMONCKA 34                                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 834 26 77/22 834 66 69                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 16125090                                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ "ZDROWA RODZINA" S.C., BEATA EL SOUSY, KHALED EL SOUSY      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-813, UL. MARYMONCKA 34                                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 834 26 77/22 834 66 69                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 211</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ZDROWA RODZINA PRZYCHODNIA LEKARSKA, SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-785, UL. PUSZCZYKA 14                                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 644 88 35/22 230 22 04                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 1611984600025                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                            | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-785, UL. PUSZCZYKA 14                                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 516 701 113                                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 212</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ                                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIENNO 27-350, UL. CZACHOWSKIEGO 4                                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 515 823 070                                                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 382133498-00010                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                 |                                    |



|                                                     |                                                                   |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIENNO 27-350, UL. CZACHOWSKIEGO 4                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 48 312 13 60                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JAWOR SOLECKI 27-350, JAWOR SOLECKI 135                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 377 10 55                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 213</b> | od 31.12.2020 r.                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE PUŁAWSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIASECZNO 05-500, UL. PUŁAWSKA 49                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 737 50 50                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 17495161                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIASECZNO 05-500, UL. PUŁAWSKA 49                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 737 50 50                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-287, UL. BERENSONA 11                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 737 50 50                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-390, UL. GRÓJECKA 132                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 737 50 50                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-737, UL. ELBLĄSKA 14                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 737 50 50                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-020, UL. CHMIELNA 14                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 737 50 50                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>               |                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-123, UL. MARIAŃSKA 1                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 737 50 50                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>               |                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                   |                                    |

|                                                     |                                                                                          |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁOMIANKI 05-092, UL. WARSZAWSKA 55                                                       | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 737 50 50                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JÓZEFOSŁAW 05-500, UL. OGRODOWA 20C                                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 737 50 50                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-982, UL. NAGÓRSKIEGO 1                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 737 50 50                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10</b>              |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-248, JANA KAZIMIERZA 28/5LU, 6LU, 7LU, 8LU                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 737 50 50                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 214</b> | od 31.12.2020 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE PUŁAWSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-777, UL. CISZEWSKIEGO 15                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 737 50 50                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 142994275                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-777, UL. CISZEWSKIEGO 15                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 737 50 50                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 215</b> | od 31.12.2020 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MTL CENTRUM MEDYCZNE PUŁAWSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIASECZNO 05-500, UL. PUŁAWSKA 49                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 737 50 50                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 366729708                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-972, AL. RZECZYPOSPOLITEJ 1                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 737 50 50                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 216</b> | od 31.12.2020 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | YOUR MED SP. Z O.O.                                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-652, UL. MAGAZYNOWA 9/13                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 500 629 000                                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 366236839                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                |                                |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                              | YOUR MED SP. Z O.O.                                            | 2                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-652, UL. MAGAZYNOWA 9/13                           |                                |
| telefon/ telefony                                   | 500 629 000                                                    |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                  |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 217</b> | od 31.12.2020 r.                                               | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA W DĘBEM                                            |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 05-077, UL. POEZJI 2                                  |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 604 411 911                                                    |                                |
| identyfikator REGON                                 | 146010005                                                      |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                |                                |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DĘBE WIELKIE 05-311, UL. SZKOLNA 40                            |                                |
| telefon/ telefony                                   | 728 378 544                                                    |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                  |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 218</b> | od 31.12.2020 r.                                               | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NOWA-MED SP. Z O. O.     |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK 09-402, UL. DWORCOWA 2                                   |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 24 262 06 98/601 180 433                                       |                                |
| identyfikator REGON                                 | 611418809                                                      |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                |                                |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                           | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK 09-402, UL. DWORCOWA 2                                   |                                |
| telefon/ telefony                                   | 24 262 06 98/601 180 433                                       |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                  |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 219</b> | od 31.12.2020 r.                                               | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | "RES-MED 40" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ           |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MICHAŁOWICE 05-816, UL. LUDOWA 7                               |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 22 723 83 06                                                   |                                |
| identyfikator REGON                                 | 16638026                                                       |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                |                                |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA POZ                                            | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MICHAŁOWICE 05-816, UL. LUDOWA 7                               |                                |
| telefon/ telefony                                   | 22 723 83 06                                                   |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                  |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 220</b> | od 31.12.2020 r.                                               | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | WARSAW MEDICAL CENTER, WARSZAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O. |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-677, UL. WYNALAZEK 4                               |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 608 006 106                                                    |                                |
| identyfikator REGON                                 | 141454750                                                      |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                |                                |
| nazwa:                                              | WARSZAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE                                   | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-677, UL. WYNALAZEK 4                               |                                |
| telefon/ telefony                                   | 608 006 106/608 006 108                                        |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                  |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                |

|                                                     |                                                                        |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 221</b> | od 31.12.2020 r.                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA DLA PRACOWNIKÓW WOJSKA SP ZOZ     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-911, UL. NOWOWIEJSKA 31                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 526 42 17                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 13280825                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | POZ                                                                    | 5                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-643, UL. NOWOWIEJSKA 5                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 662 097 317                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 222</b> | od 31.12.2020 r.                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SHT ANNA JASZCZEWSKA-DOMAGAŁA                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-018, UL. WOLNOŚĆ 2                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 502 503 188                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 1238806400124                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-018, UL. WOLNOŚĆ 2                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 573 010 100                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 223</b> | od 31.12.2020 r.                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA GOŁĘBIÓW SPÓŁKA Z O.O.                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. PADEREWSKIEGO 6                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 381 62 52                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 671927102                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. PADEREWSKIEGO 6                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 364 63 71                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 224</b> | od 31.12.2020 r.                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | EWA CHUDECKA-DZIEKAN NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WIENIAWIE |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIENIAWA 26-432, UL. KOCHANOWSKIEGO 86                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 673 00 09                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 670930214                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                        | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIENIAWA 26-432, UL. KOCHANOWSKIEGO 86                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 673 00 09                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 225</b> | od 31.12.2020 r.                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | "MEDICOR" MAŁGORZATA ZEMBRZUSKA                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-633, UL. OKREŚLONA 19                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 627 11 01                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 01192462600040                                                         |                                    |

|                                                     |                                                                                          |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                          | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-720, UL. CZERNIAKOWSKA 131/2                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 841 05 11                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                          | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-454, UL. MIKKEGO 4                                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 627 11 01                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 226</b> | od 31.12.2020 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IZI-MED. S.C. IZABELLA KWIECIŃSKA PAWEŁ GRABARCZYK |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIAŁOBRZEGI 26-800, UL. SPACEROWA 29                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 697 637 148/695-431-723                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 141631576                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ IZI-MED BIAŁOBRZEGI                                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIAŁOBRZEGI 26-800, UL. SPACEROWA 29                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 883 623 370                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 227</b> | od 31.12.2020 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO                                                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL.SYBIRAKÓW 18                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 761 71 22                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550072568                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LELIS 07-402, DĄBRÓWKA 52                                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 761 71 22                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 228</b> | od 31.12.2020 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CIEPIELOWIE                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CIEPIELÓW 27-310, UL. BATALIONÓW CHŁOPSKICH 6                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 500 102 891                                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 671958232                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CIEPIELOWIE                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CIEPIELÓW 27-310, UL. BATALIONÓW CHŁOPSKICH 6                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 378 80 11/500 102 891                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 229</b> | od 31.12.2020 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CM WORONICZA SP. Z O.O.                                                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-625, UL. WORONICZA 15                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 699 713 767                                                                              |                                    |

|                                                     |                                                                                                     |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                                 | 16095152                                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA KEN CYBISA                                                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-784, UL. JANA CYBISA 4                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 407 55 97                                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CM WORONICZA                                                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-625, UL. WORONICZA 15                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 699 713 767                                                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.04.2021 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 230</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ S.C. A. BARBULANT, K. ZANIEWSKA, S. MYSZKOWSKI, A. MIKULSKA-KOZARZEWSKA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MSZCZONÓW 96-320, UL. MAKŁAKIEWICZA 3                                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 46 857 16 56                                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 750137379                                                                                           |                                    |
|                                                     |                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWY PIELĘGNIARSKI + PUNKT SZCZEPIEŃ                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MSZCZONÓW 96-320, UL. MAKŁAKIEWICZA 3                                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 46 857 16 56/663 233 862                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 231</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CEL-MED CECYLIA STRĄK-KONDRACIUK                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STOCZEK, 07-104, UL. 3 MAJA 1A                                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 608 407 583                                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550412337                                                                                           |                                    |
|                                                     |                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STOCZEK 07-104, UL. 3 MAJA 1A                                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 666 866 067/25 691 91 10                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 11.08.2021 r. - 31.08.2021 r.<br>CZASOWE ZAWIESZENIE DZIAŁALNOŚCI PUNKTU                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 232</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | LESZEK JAKUBCZYK                                                                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KUNIN 07-440, KUNIN 20                                                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 761 43 03                                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550069922                                                                                           |                                    |
|                                                     |                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KUNIN 07-440, KUNIN 20                                                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 761 43 03                                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 233</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MAREK CENA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK ZDROWIA W HUSZLEWIE                        |                                    |

|                                                     |                                                            |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | HUSZLEW 08-206, HUSZLEW 150                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 604 204 759                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 03023101200034                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | HUSZLEW 08-206, HUSZLEW 150                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 833 580 121                                                | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 234</b> | od 31.12.2020 r.                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | KATARZYNA GOLA-PAWEŁKO PRAKTYKA LEKARSKA                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSZKÓW 07-200, UL. DASZYŃSKIEGO 21A                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 742 91 20                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14252853800028                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOLA MYSTKOWSKA, 07-206, WOLA MYSTKOWSKA 14                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 741 83 79                                               | 2                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 235</b> | od 31.12.2020 r.                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | AGNIESZKA MARIA MICKIEWICZ-MACIEJEWSKA                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOMIANKA-PARCELE 07-203, SOMIANKA-PARCELE 25B              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 741 87 22                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 55066574200034                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO DLA DOROSŁYCH I DZIECI         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOMIANKA-PARCELE 07-203, SOMIANKA-PARCELE 25B              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 741 87 22                                               | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 236</b> | od 31.12.2020 r.                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SERDUCHO"           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTRÓW MAZOWIECKA 07-300, UL. PIŁATA 20A                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 508 311 078                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 363241484                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTRÓW MAZOWIECKA 07-300, UL. PIŁATA 20A                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 766 61 73                                               | 3                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 237</b> | od 31.12.2020 r.                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ BONUS - TOMASZ WOLAK |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LIPOWIEC KOŚCIELNY 06-545, LIPOWIEC KOŚCIELNY 26           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 655 50 03                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 13037690200036                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LIPOWIEC KOŚCIELNY 06-545, LIPOWIEC KOŚCIELNY 26           |                                    |



|                                                     |                                                                                                                       |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 23 655 50 03                                                                                                          | 4                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 238</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | BELLESA-MED ZDROWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                           | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOBYŁKA 05-230, UL. ZAŁUSKIEGO 35                                                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 508 367 494                                                                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 386089570                                                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                       |                                    |
| nazwa:                                              | BELLESA-MED ZDROWIE                                                                                                   | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOBYŁKA 05-230, UL. ZAŁUSKIEGO 35                                                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 663 494 224                                                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 239</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | EDYTA BRZOWSKA PRZYCHODNIA LEKARSKA                                                                                   | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MŁAWA 06-500, UL. PŁOCKA 43                                                                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 654 62 62                                                                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 141462197                                                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                       |                                    |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA POZ                                                                                                   | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MŁAWA 06-500, UL. PŁOCKA 43                                                                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 654 62 62/731 730 543/536 831 075                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 240</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPOIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO MARIA GRYGLEWSKA TADEUSZ GRYGLEWSKI SPÓŁKA CYWILNA | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JBARTODZIEJE 26-631, BARTODZIEJE 14                                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 610 66 03                                                                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 671977241                                                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                       |                                    |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JBARTODZIEJE 26-631, BARTODZIEJE 14                                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 610 66 03                                                                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JASTRZĘBIA 26-631, JASTRZĘBIA 119                                                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 610 68 77                                                                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 241</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | LEKARZE CICHOWSKI-POBOŻY SPÓŁKA PARTNERSKA                                                                            | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MACIEJOWICE 08-480, UL. PIRAMOWICZA 5                                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 682 57 18                                                                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 712375602                                                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                       |                                    |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                       |                                    |

|                                                     |                                                                                  |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MACIEJOWICE 08-480, UL. PIRAMOWICZA 5                                            | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 511 721 123                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 242</b> | od 31.12.2020 r.                                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PETRA MEDICA SP Z O.O.                                                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-329, UL. GROCHOWSKA 166                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 740 20 20                                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 015666180                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-329, UL. GROCHOWSKA 166                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 740 20 20                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-128, UL. OMULEWSKA 27                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 740 20 20                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DRĘŻEWO 07-415, UL. CISOWA 7                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 113 97 93                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY                                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-401, UL. GAWĘDZIARZY 18                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 113 97 84                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 243</b> | od 31.12.2020 r.                                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | „KA-MED” KATARZYNA WYSOCKA KAMILA KYCZYŃSKA-MAKRZANOWSKA SP.J.                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSZKÓW 07-200, UL. 11 LISTOPADA 2                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 645 65 55                                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 384290931                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY Z PUNKTEM SZCZEPIEŃ                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSZKÓW 07-200, UL. 11 LISTOPADA 2                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 645 65 55/537 531 101                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 244</b> | od 31.12.2020 r.                                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA - TARGÓWEK |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-545, UL. TYKOCIŃSKA 34                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 518 26 41                                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 145950090                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                 |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-550, UL. REMISZEWSKA 14                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 679 03 99                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA POZ                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-343, UL. REMBIELIŃSKA 8                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 519 13 59                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA POZ                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-392, UL. ŁOJEWSKA 6                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 811 06 72                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA POZ                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-368, UL. POBORZAŃSKA 6                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 519 85 59                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - HALA SPORTOWA OSIR<br>TARGÓWEK   | 14                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-542, UL. OSSOWSKIEGO 25                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 724 203 205                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 29.04.2021 r.                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>               |                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- BIAŁOŁĘCKI OŚRODEK SPORTU     | 20                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-138, UL. STRUMYKOWA 21                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 726 205 203                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 29.04.2021 r.                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 245</b> | od 31.12.2020 r.                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZDROWIE PLUS              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-495, UL. WOJCIECHOWSKIEGO 58                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 867 88 61                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 13290427                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                            | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-495, UL. WOJCIECHOWSKIEGO 58                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 867 88 63                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 246</b> | od 31.12.2020 r.                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W<br>ŁASKARZEWIE |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁASKARZEW 08-450, UL. DUŻY RYNEK 32                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 684 50 17                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 711584580                                                       |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                               | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                               | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁASKARZEW 08-450, UL. DUŻY RYNEK 32                           |                             |
| telefon/ telefony                                 | 25 684 50 17                                                  |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                 |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                               |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 247      |                                                               | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | SZPZŁO WARSZAWA PRAGA-POŁUDNIE                                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-082, UL. KRYPSKA 39                               |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 813 30 51                                                  |                             |
| identyfikator REGON                               | 01286757000028                                                |                             |
|                                                   |                                                               |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                               | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | SZPZŁO WARSZAWA PRAGA POŁUDNIE - OSTROŁĘCKA                   | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-102, UL. OSTROŁĘCKA 4                             |                             |
| telefon/ telefony                                 | 22 810 20 43                                                  |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                 |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                               |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                               | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | SZPZŁO WARSZAWA PRAGA POŁUDNIE - SASKA                        | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-914, UL. SASKA 61                                 |                             |
| telefon/ telefony                                 | 22 617 30 03                                                  |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 15.02.2021 r.                                                 |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                               |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                               | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | SZPZŁO WARSZAWA PRAGA POŁUDNIE - ABRAHAMA                     | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-982, UL. ABRAHAMA 16                              |                             |
| telefon/ telefony                                 | 22 671 22 56                                                  |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 15.02.2021 r.                                                 |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                               |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                               | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | ZAKŁAD LECZNICTWA OTWARTEGO<br>UL. GROCHOWSKA                 | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 03-822, UL. GROCHOWSKA 339                          |                             |
| telefon/ telefony                                 | 22 870 15 77                                                  |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 14.05.2021 r.                                                 |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                               |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |                                                               | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | ZAKŁAD LECZNICTWA OTWARTEGO<br>UL. STYRSKA                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 04-188, UL. STYRSKA 44                              |                             |
| telefon/ telefony                                 | 22 810 24 91                                                  |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 14.05.2021 r.                                                 |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                               |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 248      |                                                               | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W<br>SIEDLCACH |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, UL. STAROWIEJSKA 15                           |                             |
| telefon/ telefony:                                | 797 043 207                                                   |                             |
| identyfikator REGON                               | 00031030900027                                                |                             |
|                                                   |                                                               |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                               | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | OGÓLNA IZBA PRZYJĘĆ                                           | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, UL. STAROWIEJSKA 15                           |                             |
| telefon/ telefony                                 | 797 101 449                                                   |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                 |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                               |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                               | liczba zespołów (w miejscu) |

|                                                     |                                                                         |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | GINNY OŚRODEK ZDROWIA W KOTUNIU - FILIA PRZYCHODNI POZ NR 3 W SIEDLCACH | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOTUŃ 08-130, UL. SIEDLECKA 60 A                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 641 43 21                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GINNY OŚRODEK ZDROWIA W SUCHOŻEBRACH                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SUCHOŻEBRY 08-125, UL. ALEKSANDRY OGIŃSKIEJ 11                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 631 45 90                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 249</b> | od 31.12.2020 r.                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA RADZIWIE              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK 09-401, UL. POPŁACIŃSKA 42                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 268 50 83                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 140894842                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK 09-401, UL. POPŁACIŃSKA 42                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 268 50 83                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK 09-401, UL. OSIEDŁOWA 1                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 231 48 36                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 250</b> | od 31.12.2020 r.                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE BOROWICZKI                                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK 09-408, UL. BOROWICKA 3B                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 264 83 64                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 147314693                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK 09-408, UL. BOROWICKA 3B                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 264 83 64                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 251</b> | od 31.12.2020 r.                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ DAR-MED                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WINNICA 06-120, UL. WIDOK 1                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 691 40 15                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 13006979000060                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRZEWODOWO-PARCELE 06-126, PRZEWODOWO-PARCELE 141                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 691 30 16                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                  |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZYSZKI, 06-126, SZYSZK 97/2                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 691 52 21                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ DAR-MED WINNICA            | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WINNICA 06-120, UL. WIDOK 1                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 691 40 15                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.01.2021 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ DAR-MED OBRYTE             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OBRYTE 07-215, OBRYTE 47                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 741 10 06                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.01.2021 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 252</b> | od 31.12.2020 r.                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MIEJSKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOBYŁCE |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOBYŁKA 05-230, UL. ŻYMIRSKIEGO 2                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 182 25 80                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 017172050                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ (DLA DOROSŁYCH I DZIECI)                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOBYŁKA 05-230, UL. ŻYMIRSKIEGO 2                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 182 25 80 WEWN. 6                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 253</b> | od 31.12.2020 r.                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LEK. MED. BOŻENA MROZOWSKA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSZKÓW 07-200, UL. STRUMYKOWA 2                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 748 33 09 WEWN. 20                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 55032524                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSZKÓW 07-200, UL. STRUMYKOWA 2                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 883 936 985                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 254</b> | od 31.12.2020 r.                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ AMED - AMBROZIAK ZOFIA     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRÓJEC 05-600, UL. PIŁSUDSKIEGO 33                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 664 55 80                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 670609966                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZO AMED                                                         |                                    |

|                                                     |                                                                          |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRÓJEC 05-600, UL. PIŁSUDSKIEGO 33                                       | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 48 664 55 80/669 490 503/576-419-311                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 255</b> | od 31.12.2020 r.                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | OPRA-MED SP. Z O.O.                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAW 03-549, UL. RADZYMIŃSKA 109/1                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 299 38 99                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 36219600000000                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-442, UL. NIKE 29                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 299 38 99                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 256</b> | od 31.12.2020 r.                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ELBIT MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-187, UL. WOLSKA 44/41                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 503 123 592                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 38384899200019                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA CHRÓB WEWNĘTRZNYCH                                              | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CIECHANÓW 06-400, UL. STRAŻACKA 7                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 672 35 30                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 257</b> | od 31.12.2020 r.                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYPHODNIA LEKARSKA W LEGIONOWIE               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEGIONOWO 05-119, UL. ZEGRZYŃSKA 8                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 26 186 60 40                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 16137181                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEGIONOWO 05-119, UL. ZEGRZYŃSKA 8                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 381 25 25 WEW.0                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 258</b> | od 31.12.2020 r.                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WARSZAWA WOLA-ŚRÓDMIEŚCIE |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-445, UL. CIOŁKA 11                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 836 71 81                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 101839600174                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-418, UL. OBOZOWA 63/65                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 533 272 695                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                     |                                    |



|                                                   |                                                                         |                                    |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-020, UL. CHMIELNA 14                                        | 1                                  |
| telefon/ telefony                                 | 533 258 193                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA LEKARSKA - PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-123, UL. ELEKCYJNA 54                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 22 299 32 49                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 26.01.2021 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA LEKARSKA - PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-199, UL. LESZNO 17                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 22 299 45 98                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 26.01.2021 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA LEKARSKA - PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-152, UL. PŁOCKA 49                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 22 299 41 58                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 26.01.2021 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA LEKARSKA - PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-863, UL. GRZYBOWSKA 34                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 22 299 24 26                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 26.01.2021 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>             |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA LEKARSKA - PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NOWOLIPIE | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-002, UL. NOWOLIPIE 31                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 22 299 10 41                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2021 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>             |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA LEKARSKA - PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ MIEDZIANA | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-814, UL. MIEDZIANA 2                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 22 299 12 78                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2021 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>             |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA LEKARSKA - PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ DRGONÓW   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-467, UL. DRAGONÓW 6A                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 22 299 31 84                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2021 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10</b>            |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA LEKARSKA - PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ CIOŁKA    |                                    |

|                                                     |                                                                                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-445, UL. CIOŁKA 11                                                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 299 41 02                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.04.2021 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 11</b>              |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- STADION LEGII                                                | 30                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-449, UL. ŁAZIENKOWSKA 3                                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 299 03 54                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 29.04.2021 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 11.07.2021 r.                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 12</b>              |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- PRZYCHODNIA CHMIELNA                                         | 4                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-020, UL. CHMIELNA 14                                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 299 03 54                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 12.07.2021 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 259</b> | od 31.12.2020 r.                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE BARTOSZEK, MICHALCZEWSCY, CELIŃSKI<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSZOGRÓD 09-450, UL. PŁOCKA 29                                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 231 10 92                                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 61106465900020                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET DIANOSTYCZNO-ZABIEGOWY                                                                 | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSZOGRÓD 09-450, UL. PŁOCKA 29                                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 231 10 92                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 260</b> | od 31.12.2020 r.                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NEUCA MED Sp z o.o.                                                                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TORUŃ 87-100, UL. FORTECZNA 35-37                                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 511 054 297                                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 341477181                                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ                                    | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK 09-410, UL. JANA PAWŁA II 39                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 728 810 393                                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SŁUPNO 09-472, UL. MISZEWSKA 8A                                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 728 810 393                                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KULIGÓW 05-254, UL. WARSZAWSKA 5                                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 758 02 02                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                  |                                    |

|                                                     |                                                               |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRÓJEC 05-600, UL. MSZCZONOWSKA 35                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 670 50 10                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-392, UL. CHRZANOWSKIEGO 8A                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 590 57 80                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>               |                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                               | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GOSTYNIN 09-500, UL. WOJSKA POLSKIEGO 35                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 501 749 597                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>               |                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA MEDICUS JÓZEFKÓW                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JÓZEFKÓW 09-500, JÓZEFKÓW 19B                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 235 18 15                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>               |                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA MEDICUS LUCIEŃ                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LUCIEŃ 09-500, LUCIEŃ 55                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 236 40 11                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>               |                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA MEDICUS SOKOŁÓW                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOKOŁÓW 09-500, SOKOŁÓW 16C                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 235 19 25                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10</b>              |                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- HALA SPORTOWA W GOSTYNINIE  | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GOSTYNIN, 09-500, UL. KUTNOWSKA 7 A                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 501 749 597                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 24.05.2021 r.                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 11</b>              |                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- SŁUPNO                      | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SŁUPNO, 09-472, UL. MISZEWSKA 8 B                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 501 746 676                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 16.06.2021 r.                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 261</b> | od 31.12.2020 r.                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W<br>JEDLIŃSKU |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JEDLIŃSK 26-660, UL. WARECKA 4                                |                                    |

|                                                     |                                                                                 |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                  | 48 312 11 86                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 670228655                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JEDLIŃSK 26-660, UL. WARECKA 4                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 312 11 86                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 262</b> | od 31.12.2020 r.                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | BIOVENA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MILANÓWEK 05-822, UL. MICKIEWICZA 1                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 722 38 08                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 1285682600-028                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ DLA DOROSŁYCH I DZIECI                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OŻARÓW MAZOWIECKI 05-850, UL. POZNAŃSKA 127                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 439 58 00                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ (DODATKOWY)                                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JÓZEFÓW 05-860 UL. LIPOWA 28A                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 439 58 00                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 263</b> | od 31.12.2020 r.                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PALIUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWE MIAST 09-120, UL. GŁÓWNY RYNEK 12                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 661 40 06                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 13095600000000                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                            | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWE MIASTO 09-120, UL. APTECZNA 5                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 661 40 06                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 264</b> | od 31.12.2020 r.                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PORADNIA MEDYCYN RODZINNEJ „REVITA” S.C. RENATA SKUBA,<br>ZBIGNIEW WITOLD SKUBA | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WĘGRÓW 07-100, UL. BOHATERÓW WARSZAWY 2                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 792 20 12                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 711650182                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                            | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WĘGRÓW 07-100, UL. BOHATERÓW WARSZAWY 2                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 792 20 12/792 297 230                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 265</b> | od 31.12.2020 r.                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W JABŁONNIE        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JABŁONNA 05-110, UL. PARKOWA 21                                                 |                                    |

|                                                     |                                                                                   |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                  | 22 782 43 35                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 1080611000048                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JABŁONNA 05-110, UL. PARKOWA 21                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 782 43 35                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CHOTOMÓW 05-123, UL. PARTYZANTÓW 10A                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 772 62 95                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 266</b> | od 31.12.2020 r.                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA ALMED ALICJA PAWŁOWSKA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOCHACZEW 96-500, UL. ŻEROMSKIEGO 41A                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 46 862 45 44                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 750041171                                                                         |                                    |
|                                                     |                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ DLA DOROSŁYCH I DZIECI                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOCHACZEW 96-500, UL. ŻEROMSKIEGO 41A                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 46 863 45 44/46 862 45 08/662 412 895                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 267</b> | od 31.12.2020 r.                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | VALMED S. C.                                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RYBNO 96-514, UL. PARKOWA 1                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 46 861 16 16                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 16163511                                                                          |                                    |
|                                                     |                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RYBNO 96-514, UL. PARKOWA 1                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 46 861 16 16                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 268</b> | od 31.12.2020 r.                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | DETOKS FENIX SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KAPUTY 05-850, UL. UMIASTOWSKA 50A                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 537 677 773                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 383043113                                                                         |                                    |
|                                                     |                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY                                                   | 7                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KAPUTY 05-850, UL. UMIASTOWSKA 50A                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 602 777 320                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 269</b> | od 31.12.2020 r.                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | KATARZYNA HUMIEŃKA SALUS NZOZ                                                     |                                    |

|                                                     |                                                                                  |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRUDUSK 06-460, UL. PL.GRUNWALDU 3                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 671 50 17                                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 13030280300025                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                  | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRUDUSK 06-460, UL. PL.GRUNWALDU 3                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 671 50 17                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 270</b> | od 31.12.2020 r.                                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA RODZINNA" W OSIECKU           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSIECK 08-445, UL. RYNEK 21                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 685 70 22                                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 712364828                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSIECK 08-445, UL. RYNEK 21                                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 799 860 630                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 271</b> | od 31.12.2020 r.                                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | KRYSTYNA POTACZEK PRZYCHODNIA ŚWIERCZEWO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRZASNYSZ 06-300, UL. ŚWIERCZEWO 35                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 501 537 321/29 752 20 78                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 38142460900018                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                  | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRZASNYSZ 06-300, UL. ŚWIERCZEWO 35                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 752 20 78                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 272</b> | od 31.12.2020 r.                                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SZYMON LEJKOWSKI NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOCHOCIN 09-110 ,UL. CIECHANOWSKA 14                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 661 80 06                                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 130299389                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA POZ                                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOCHOCIN 09-110, UL. CIECHANOWSKA 14                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 602 668 663                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 273</b> | od 31.12.2020 r.                                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA KAZIMIERZ DOBKOWSKI                                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CZARNIA, 07-431, CZARNIA 35                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 772 70 16                                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550071072                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                             |                                    |

|                                                     |                                                                                                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CZARNIA, 07-431, CZARNIA 35                                                                                    | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 29 772 70 16                                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 274</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KONSTANCIN-JEZIORNA 05-510, UL. WARECKA 15A                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 754 42 02                                                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 1641540900026                                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KONSTANCIN-JEZIORNA 05-510, UL. WARECKA 15A                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 756 46 93                                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KONSTANCIN-JEZIORNA 05-520, UL. POCZTOWA 6                                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 756 43 09                                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SŁOMCZYN 05-520, UL. WILANOWSKA 277                                                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 754 43 61                                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OPACZ 05-520, OPACZ 8                                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 754 31 70                                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 275</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CLINAG SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA                                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DZIEKANÓW LEŚNY 05-092, UL. WALIGÓRY 37                                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 530 530 980                                                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 36918033500010                                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-755, UL. KRASIŃSKIEGO 58/LU3                                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 530 530 980                                                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 02.08.2021 r. - 22.08.2021 r.<br>CZASOWE ZAWIESZENIE DZIAŁALNOŚCI PUNKTU                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 276</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ "POŁUDNIE" W RADOMIU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL.CZARNOLESKA 19                                                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 331 86 22                                                                                                   |                                    |



|                                                     |                                                                          |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                                 | 67196668000029                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL.CZARNOLESKA 19                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 331 96 04                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 277</b> | od 31.12.2020 r.                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO SABINA ANGIELCZYK                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL. PRZYTULNA 3                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 646 29 13                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550070664                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL. PRZYTULNA 3                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 646 29 13/29 646 30 00                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 278</b> | od 31.12.2020 r.                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA RODZINNA W WIŚNIEWIE GRABEK I GRABEK S.C.                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIŚNIEW 08-112, UL. SANITARIUSZEK 1                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 641 71 61                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14652825100025                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIŚNIEW 08-112, UL. SANITARIUSZEK 1                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 641 71 61                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 279</b> | od 31.12.2020 r.                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ REGIONALNE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ODRZYWÓŁ 26-425, UL. WARSZAWSKA 55                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 671 60 23/668 633 151                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 384977668                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ODRZYWÓŁ 26-425, UL. WARSZAWSKA 55                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 671 60 23                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 280</b> | od 31.12.2020 r.                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W WARSZAWIE            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 03-948, SASKA 63/75                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 514 60 00                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 000292646                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SEKCJA SZCZEPIEŃ                                                         | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-948, UL. SASKA 63/75                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 723 203 207                                                              |                                    |

|                                                     |                                                                 |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 281</b> | od 31.12.2020 r.                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA "MILMED"                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIŃSK MAZOWIECKI 05-300, UL. DASZYŃSKIEGO 5A                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 752 20 59                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 710504107-00021                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA POZ                                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIŃSK MAZOWIECKI 05-300, UL. KRESOWA 65                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 690 310 513                                                     | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 282</b> | od 31.12.2020 r.                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "SANITAS:                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZIELONA 09-310, UL. PIWNA 1                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 657 90 53                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 13037037700028                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWY-PUNKT SZCZEPIEŃ                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZIELONA 09-310, UL. PIWNA 1                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 657 90 53                                                    | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 283</b> | od 31.12.2020 r.                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | FUNDACJA HOSPICJUM ONKOLOGICZNE ŚWIĘTEGO KRZYSZTOFA W WARSZAWIE |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-781, UL. PILECKIEGO 105                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 643 57 08                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 00141106000057                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA MEDYCYNY PALIATYWNEJ                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-781, UL. PILECKIEGO 105                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 734 469 955/660 504 758                                         | 2                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 284</b> | od 31.12.2020 r.                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | KRAJOWA FUNDACJA MEDYCZNA                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-411, AL. SOLIDARNOŚCI 12                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 703 43 93                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 01552824100047                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-411, AL. SOLIDARNOŚCI 12                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 703 43 85                                                    | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               | od 31.12.2020 r.                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-136, PL. ŻELAZNEJ BRAMY 10                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 703 43 85                                                    | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                   |                                    |

|                                                     |                                                                                           |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ - KLESZCZOWA 26B                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-485, UL. KLESZCZOWA 26B                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 863 63 46                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ - GROCHOWSKA                                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 04-186, UL. GROCHOWSKA 23/31                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 703 43 85                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 29.03.2021 r.                                                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 23.04.2021 r.                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ - KLESZCZOWA 3A                                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-485, UL. KLESZCZOWA 3A                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 703 43 85                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 29.03.2021                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 285</b> | od 31.12.2020 r.                                                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "CENTRUM" JANUSZ LEŚNIK NAZWA SKRÓCONA NZOZ CENTRUM |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SULEJÓWEK 05-070, UL. 11 LISTOPADA 87                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 783 39 32                                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 01130724700036                                                                            |                                    |
|                                                     |                                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SULEJÓWEK 05-070, UL. 11 LISTOPADA 87                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 783 39 32                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | HIPOLITÓW 05-074, UL. WARSZAWSKA 63                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 185 55 88                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 286</b> | od 31.12.2020 r.                                                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | JERZY PETZ MEDIQ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEGIONOWO 05-120, UL. PIŁSUDSKIEGO 20                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 774 26 40                                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 010313501                                                                                 |                                    |
|                                                     |                                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA POZ DLA DOROSŁYCH I DZIECI                                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEGIONOWO 05-120, UL. PIŁSUDSKIEGO 20                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 774 26 40                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 287</b> | od 31.12.2020 r.                                                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | WIACZESŁAW GRYSZKIEWICZ                                                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GULCZEWO 07-200, UL. CENTRALNA 17/19                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 757 12 42                                                                              |                                    |

|                                                     |                                                                                    |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                                 | 15482869                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ DLA DZIECI I DOROSŁYCH | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZABRODZIE 07-230, UL. WŁ. ST. REYMONTA 14                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 757 12 41                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 288</b> | od 31.12.2020 r.                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SPÓŁKA LEKARSKA ZAMŁYNIE SP. Z O. O.                                               | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. KLONOWICA 10/12                                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 331 06 18                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 671965700                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SPÓŁKA LEKARSKA ZAMŁYNIE SP. Z O. O.                                               | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. KLONOWICA 10/12                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 331 06 18                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 289</b> | od 31.12.2020 r.                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | BIOVIRTUS RESEARCH SITE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-928 , UL. AUGUSTYNA LOCCIEGO 5/2                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 022 101 07 54                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14642191000021                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | BIOVIRTUS CENTRUM MEDYCZNE PORADNIA POZ                                            | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-797, AL. KEN 36/U-133                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 101 07 05                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 290</b> | od 31.12.2020 r.                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | VITAL CLINIC SP. Z O.O.                                                            | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-294, UL. KWATERY GŁÓWNEJ 46/U1                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 414 14 80                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 142607918                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-294, UL. KWATERY GŁÓWNEJ 46/U1                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 414 14 80                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 291</b> | od 31.12.2020 r.                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRZÓZIE NOWOCIEŃ<br>BEATA                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRZÓZA 26-903, UL. RADOMSKA 1                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 623 01 30                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 670997572                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRZÓZA 26-903, UL. RADOMSKA 1                                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 623 01 30                                                                       |                                    |

|                                                     |                                                                                          |                                |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                            |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 292</b> | od 31.12.2020 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "USTRONIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. WYŚCIGOWA 12                                                           |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 48 366 53 76                                                                             |                                |
| identyfikator REGON                                 | 671967395                                                                                |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          |                                |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                     | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. WYŚCIGOWA 12                                                           |                                |
| telefon/ telefony                                   | 48 366 53 76/533 347 230/533 348 230/577 548 555/48 366 52 22                            |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                            |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 293</b> | od 31.12.2020 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W JASTRZĘBIU                              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JASTRZĄB 26-502, UL. ZIELONA 68                                                          |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 48 312 17 60                                                                             |                                |
| identyfikator REGON                                 | 673017278                                                                                |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          |                                |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                     | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JASTRZĄB 26-502, UL. ZIELONA 68                                                          |                                |
| telefon/ telefony                                   | 48 312 17 60                                                                             |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                            |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 294</b> | od 31.12.2020 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO SYLWIA FIGURA-MIROŃSKA                                    |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-401, AL. WOJSKA POLSKIEGO 26/26                                             |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 29 769 16 73                                                                             |                                |
| identyfikator REGON                                 | 550070233                                                                                |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          |                                |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                          | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-401, AL. WOJSKA POLSKIEGO 26/26                                             |                                |
| telefon/ telefony                                   | 29 769 16 73                                                                             |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                            |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 295</b> | od 31.12.2020 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO "TWOJE ZDROWIE"- SŁAWOMIR SZEWCZYK                        |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BOGUTY-PIANKI 07-325,UL. TARGOWA 17                                                      |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 86 277 50 06                                                                             |                                |
| identyfikator REGON                                 | 450192146                                                                                |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          |                                |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                          | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BOGUTY-PIANKI 07-325,UL. TARGOWA 17                                                      |                                |
| telefon/ telefony                                   | 86 277 50 06                                                                             |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                            |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 296</b> | od 31.12.2020 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b> |

|                                                     |                                                                                                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | SPZOZ W PROMNIE Z SIEDZIBĄ W FAŁĘCICACH                                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | FAŁĘCICE 26-803, FAŁĘCICE 41                                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 615 10 14                                                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 670133268                                                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | FAŁĘCICE 26-803, FAŁĘCICE 41                                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 615 10 14                                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 297</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PULS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MROZY 05-320, UL. WILLOWA 12                                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 757 40 22                                                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 712356272                                                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MROZY 05-320, UL. WILLOWA 12                                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 757 40 01                                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 298</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM DIAGNOSTYKI MEDYCZNEJ "MULTI-MED" HANNA BRUSIKIEWICZ I SKA - SPÓŁKA JAWNA                              | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-059, UL. OKOPOWA 33                                                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 636 47 74                                                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 015497227                                                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWY                                                                                              | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-672, UL. POLNA 3                                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 636 47 74                                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 299</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GRAPA MEDICA SP. Z O.O.                                                                                        | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KONSTANCIN-JEZIORNA 05-520,<br>AL. WOJSKA POLSKIEGO 6                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 717 40 03/22 717 40 01                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 10271174                                                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY                                                                                | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KONSTANCIN-JEZIORNA, 05-520,<br>AL. WOJSKA POLSKIEGO 4                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 717 40 03/22 717 40 01                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 300</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LEKARZE RODZINNI „SALUS AEGROTI” SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. 25 CZERWCA 81                                                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 340 24 55                                                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 671927562                                                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                                       |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                  | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. 25 CZERWCA 81                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 514 951 999                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 301</b> | od 31.12.2020 r.                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MEDICAL DYNAMICS SP. Z O.O.                                                           | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAW 04-637, UL. IX POPRZECZNA 3A                                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 570 411 150                                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 387057655                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       |                                    |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                       | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-310, UL. ROZŁOGI 18/4                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 570 411 150                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                       | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 04-637, UL. ALPEJSKA 4A                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 570 411 150                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 302</b> | od 31.12.2020 r.                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | FUNDACJA "SPRAWNOŚĆ W KAŻDYM WIEKU"                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-202 UL. DRAWSKA 10/3                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 840 72 17                                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 146402030                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       |                                    |
| nazwa:                                              | PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-780, UL. LUDOWA 6                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 840 72 17                                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 303</b> | od 31.12.2020 r.                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BORKI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. HM KPT EUGENIUSZA STASIECKIEGO 1                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 331 16 47                                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 671967076                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       |                                    |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. HM KPT EUGENIUSZA STASIECKIEGO 1                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 331 16 47                                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 304</b> | od 31.12.2020 r.                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MEDICERS SP. Z O.O.                                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-683, UL. TUŻYCKA 31                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 664 737 939                                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 15791560                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       |                                    |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWY DLA DOROSŁYCH                                                       |                                    |



|                                                     |                                                                                      |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-683, UL. TUŻYCKA 31                                                      | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 602 05 77                                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 305</b> | od 31.12.2020 r.                                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ORPEA POLSKA SP. Z O.O.                                                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-838 UL. PROSTA 69                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 888 59 42                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 01723498600030                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-743, UL. KIJOWSKA 11                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 518 91 60                                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 306</b> | od 31.12.2020 r.                                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | VITA-MED JOANNA SŁOMSKA SPÓŁKA JAWNA                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GOWOROWO 07-440, UL. DULCZEWSKIEGO 1B                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 761 52 00                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550061027                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GOWOROWO 07-440, UL. DULCZEWSKIEGO 1B                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 761 52 00/575 778 776                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 307</b> | od 31.12.2020 r.                                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA RODZINNA "PANACEUM"                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MŁAWA 06-500, UL. REYMONTA 8                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 654 20 25                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 130237603                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA POZ                                                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MŁAWA 06-500, UL. REYMONTA 8                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 654 20 25                                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 14.01.2021 r.                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 308</b> | od 31.12.2020 r.                                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PORADNIA MEDYCyny RODZINNEJ SC "RAZEM" ALEKSANDER RYBNER I MAGDALENA DOMAŃSKA-RYBNER |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JADÓW 05-280, UL. KOŚCIUSZKI 2                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 675 47 50                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 711636911                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWY PIELĘGNIARSKI                                                      | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JADÓW 05-280, UL. KOŚCIUSZKI 2                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 675 47 50                                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 309</b> | od 31.12.2020 r.                                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO VENA                                                     |                                    |

|                                                     |                                                                                    |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LUBOWIDZ 09-304, UL. PODŚWIĘTNA 12                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 658 20 76                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 130370390-00025                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA POZ                                                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LUBOWIDZ 09-304, UL. PODŚWIĘTNA 12                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 658 20 76                                                                       | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 310</b> | od 31.12.2020 r.                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ZDROWIE - BRUDZEŃSKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRUDZEŃ DUŻY 09-414, UL. JANA PAWŁA II 2                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 260 40 21                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 611046791                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRUDZEŃ DUŻY 09-414, UL. JANA PAWŁA II 2                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 260 40 21                                                                       | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 311</b> | od 31.12.2020 r.                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOGIELNICY                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MOGIELNICA 05-640, UL. DZIARNOWSKA 40                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 663 50 11                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 671953097                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MOGIELNICA 05-640, UL. DZIARNOWSKA 40                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 663 50 11                                                                       | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 312</b> | od 31.12.2020 r.                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GMINNE CENTRUM MEDYCZNO- REHABILITACYJNE                                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BROCHÓW 05-088, BROCHÓW 124                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 725 70 52                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 1620723700028                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWY (PUNKT SZCZEPIEŃ)                                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BROCHÓW 05-088, BROCHÓW 124                                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 725 70 52                                                                       | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 313</b> | od 31.12.2020 r.                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA PRAGA-PÓŁNOC |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-719, UL. JAGIELLOŃSKA 34                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 619 42 31                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 00031141500022                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                                     |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-548, UL. RADZYMIŃSKA 101/103                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 678 06 93                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA RODZINNA CENTRUM DIAGNOSTYCZNO<br>SPECJALISTYCZNE<br>UL. DĄBROWSZCZAKÓW | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-476, UL. DĄBROWSZCZAKÓW 5A                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 619 77 71                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 02.02.2021 r.                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA INTERNISTYCZNA GILARSKA                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 03-589, UL. GILARSKA 23                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 679 53 54                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA INTERNISTYCZNO - SPECJALISTYCZNA JAGIELLOŃSKA                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 03-719, UL. JAGIELLOŃSKA 34                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 619 42 31                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA RODZINNA OTWOCKA                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 03-759, UL. OTWOCKA 1                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 619 43 31                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 314</b> | od 31.12.2020 r.                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW LECZNICTWA<br>OTWARTEGO W KARCZEWIE           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KARCZEW 05-480, UL. OTWOCKA 28                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 780 65 91                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 10487980                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA POZ                                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KARCZEW 05-480, UL. OTWOCKA 28                                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 780 65 91                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 315</b> | od 31.12.2020 r.                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>WARSZAWA-BIAŁOŁĘKA                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-130, UL. MILENIIJNA 4                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 519 33 03                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 16292906                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ DLA DOROSŁYCH I DZIECI                                         |                                    |

|                                                     |                                                                              |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-260, UL. PRZYKOSZAROWA 16                                        | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 668 491 000                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA RODZINNA - GABINET ZABIEGOWY                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-130, UL. MILENIJNA 4                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 512 911 609                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 11.02.2021 r.                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA RODZINNA - GABINET ZABIEGOWY                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 03-042, UL. MARYWILSKA 44                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 819 40 07                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.04.2021 r.                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 316</b> | od 31.12.2020 r.                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA SALUS MICHAŁ KUNDZIOŁKA                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTRÓWEK 05-205, UL. KOCZOROWSKIEJ 2                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 743 50 40                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 72165972                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTRÓWEK 05-205, UL. KOCZOROWSKIEJ 2                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 501 678 585                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 317</b> | od 31.12.2020 r.                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "RODZINA" KATARZYNA URBAŃSKA           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY DUNINÓW 09-505, UL. DŁUGA 2                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 261 02 60                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 610330231                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA POZ                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY DUNINÓW 09-505, UL. DŁUGA 2                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 261 02 60                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA POZ                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOCZEWKA 09-506, UL. SPACEROWA 3                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 261 01 40                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 318</b> | od 31.12.2020 r.                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ "LEGIONOWO" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEGIONOWO, 05-120, UL. SOWIŃSKIEGO 4                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 774 51 51                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14154541100026                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                              |                                    |

|                                                     |                                                                             |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEGIONOWO, 05-120, UL. SOWIŃSKIEGO 4                                        | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 774 51 51                                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- PUNKT SZCZEPIEŃ ŁODOWISKO ARENA           | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEGIONOWO, 05-120, UL. PARKOWA 27                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 766 45 22                                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 22.04.2021 r.                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 319</b> | od 31.12.2020 r.                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WIERZBICA                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIERZBICA 26-680, UL. SIENKIEWICZA 37                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 618 22 64                                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 670579805                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIERZBICA 26-680, UL. SIENKIEWICZA 37                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 618 22 56/797 207 065                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 320</b> | od 31.12.2020 r.                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GMINNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W IŁŻY |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | IŁŻA 27-100, UL. BODZENTYŃSKA 17                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 616 33 67                                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 141485057                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | IŁŻA 27-100, UL. BODZENTYŃSKA 17                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 606 891 957/48 616 15 45                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 321</b> | od 31.12.2020 r.                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ MEDYK                                                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MORDY 08-140, PL.ZWYCIĘSTWA 18                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 664 783 443                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 08-140                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MORDY 08-140, PL.ZWYCIĘSTWA 18                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 513 350 204                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 322</b> | od 31.12.2020 r.                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ARNICA OLSZEWSKI I WSPÓLNIAK SPÓŁKA JAWNA                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-796 ,UL. WĄWOZOWA 22/89                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 100 32 35                                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14584945000027                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                                                                                   |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STARE BABICE 05-082, UL. RYNEK 10                                                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 100 32 35                                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- GMINNY OŚRODEK SPORTU I REKREACJI<br>STARE BABICE                                               | 8                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZIELONKI-PARCELA, 05-082,<br>UL. POŁUDNIOWA 2 B                                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 100 32 36                                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 23.04.2021 r.                                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 26.07.2021 r.                                                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 323</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ KAMED                                                                                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JESIONKA 96-315, UL. PARTYZANTÓW 22 A                                                                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 46 855 32 51                                                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 016345620-000020                                                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JESIONKA 96-315, UL. PARTYZANTÓW 22 A                                                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 46 855 32 51                                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 324</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ELŻBIETA KALINOWSKA                                                                                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MOKOBODY 08-124, UL. CMENTARNA 2                                                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 641 13 21                                                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 146089188                                                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MOKOBODY 08-124, UL. CMENTARNA 2                                                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 641 13 21                                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 325</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | DAGIS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-140, UL. ODKRYTA 31/5                                                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 577 883 131                                                                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 15222660                                                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-140, UL. ODKRYTA 31/5                                                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 577 883 131                                                                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 326</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA<br>LEKARSKO-PIELĘGNIARSKA "COR-VITA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. KONSTANTEGO LUBOŃSKIEGO 2                                                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 360 31 35                                                                                                                      |                                    |

|                                                     |                                                            |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                                 | 671992743                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. KONSTANTEGO LUBOŃSKIEGO 2                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 360 31 35                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 327</b> | od 31.12.2020 r.                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA MEDYCZNA "VENA" MARCINIAK SPÓŁKA JAWNA         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MORDY 08-140, UL. 11 LISTOPADA 28/30                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 641 51 28                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 146213820                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                            | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MORDY 08-140, UL. 11 LISTOPADA 28/30                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 641 51 28                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                            | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SARNAKI 08-220, UL. KILIŃSKIEGO 4B                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 833 599 119                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                            | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KORCZEW 08-108, UL. KS. BRZÓSKI 18                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 631 20 21                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 328</b> | od 31.12.2020 r.                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | "MARVIT" SPÓŁKA CYWILNA MARYLA WASZCZUK, ANDRZEJ WASZCZUK  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOBYŁKA 05-230, UL. BARTOSZA GŁOWACKIEGO 4                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 45 959 53 59                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 017170520                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOBYŁKA 05-230, UL. BARTOSZA GŁOWACKIEGO 4                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 45 959 53 59                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                            | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOŁOMIN 05-200, UL. KOŚCIELNA 38                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 45 959 53 59                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 329</b> | od 31.12.2020 r.                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NASIELSKU |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NASIELSK 05-190, UL. SPORTOWA 2                            |                                    |



|                                                     |                                                                                                              |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                  | 23 69 12 503                                                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 01645721800027                                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NASIELSK 05-190, UL. SPORTOWA 2                                                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 69 12 503                                                                                                 | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CIEKSYN 05-192, UL. SPORTOWA 5                                                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 69 35 005                                                                                                 | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 330</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SOŁDACZEWSKA JOANNA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ELJODENT"                                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STAROŻREBY 09-440, UL. KOŚCIELNA 31A                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 261 70 15                                                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 142889934                                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STAROŻREBY 09-440, UL. KOŚCIELNA 31A                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 261 70 15; 882 062 819                                                                                    | 3                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 331</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | LOTUS MEDICAL CENTER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WÓŁKA KOSOWSKA, 05-552, NADRZECZNA 3B/B15                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 708 98 99; 502 771 721                                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 141779184                                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA CHOROŃ WEWNĘTRZNYCH                                                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WÓŁKA KOSOWSKA 05-552, UL. NADRZECZNA 3B/B15                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 708 98 99                                                                                                 | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 332</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | "NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA-ZDROWIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRUSZKÓW 05-800, UL. DRZYMAŁY 19/21                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 728 63 80                                                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 01619321600020                                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRUSZKÓW 05-800, UL. DRZYMAŁY 19/21                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 758 66 12                                                                                                 | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                         |                                    |

|                                                     |                                                                                        |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOMORÓW 05-806, UL. TURKUSOWA 5                                                        | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 759 16 57                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 333</b> | od 31.12.2020 r.                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ZDROWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIONKI 26-670, UL. ALEJE LIPOWE 12                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 612 07 74                                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 670194494                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIONKI 26-670, UL. LEGIONISTÓW 38                                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 612 07 74/48 312 14 46                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 334</b> | od 31.12.2020 r.                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ POLSKIEJ AGENCJI ŻEGLUGI POWIETRZNEJ             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-147, UL. WIEŻOWA 8                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 574 58 22,23,21                                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 140886771                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-147, UL. WIEŻOWA 8                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 574 58 23,22                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 335</b> | od 31.12.2020 r.                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | LEOPOLD KMIEĆ SP.KOMANDYTOWA                                                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIENNO 27-350, UL. SŁONECZNA 2                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 378 60 25                                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 671949552                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIENNO 27-350, UL. SŁONECZNA 2                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 378 60 25                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 336</b> | od 31.12.2020 r.                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ BASIS S.C. MAGDALENA BIJAK- PERKA, DARIUSZ PERKA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PODKOWA LEŚNA 05-807, UL. BŁOŃSKA 46/48                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 758 92 65                                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 017417089                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA POZ                                                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OWCZARNIA 05-807, UL. KAZIMIERZOWSKA 33D                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 729 15 01/22 720 65 71                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 337</b> | od 31.12.2020 r.                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                   |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BŁĘDOWIE         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BŁĘDÓW 05-620, UL. DOLNA 3                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 668 15 76                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 672213014                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WILKÓW DRUGI 05-620, WILKÓW DRUGI 127B                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 668 15 76                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 338</b> | od 31.12.2020 r.                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SEROCKU          | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SEROCK 05-140, UL. ANTONIEGO I APOLONIUSZA KĘDZIERSKICH 2         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 782 66 00                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 017252837                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWY                                                 | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SEROCK 05-140, UL. ANTONIEGO I APOLONIUSZA KĘDZIERSKICH 2         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 782 66 00 W 214                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - OŚRODEK ZDROWIA W ZEGRZU           | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZEGRZE, 05-131, PŁK. DREWNOWSKIEGO 1                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 782 66 00                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 29.04.2021 r.                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 339</b> | od 31.12.2020 r.                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | EWA FISZER NADOLNA "EWAMED" NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PNIEWY 05-652, PNIEWY 5A                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 668 69 86                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 672030058                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PNIEWY 05-652, PNIEWY 5A                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 668 69 86                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 340</b> | od 31.12.2020 r.                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GRZEGORZ ANTONI WIERUSZEWSKI - NZOZ "ESKULAP"                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIŚNIEWO 06-521, WIŚNIEWO 80                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 655 70 35                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 130421778                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIŚNIEWO 06-521, WIŚNIEWO 80                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 655 70 35                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                     |                                    |

|                                                     |                                                                                         |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 341</b> | od 31.12.2020 r.                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA AGNIESZKA SIÓDMIAK                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL. JANUSZA KORCZAKA 4                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 764 54 69                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550378899                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL. JANUSZA KORCZAKA 4                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 504 641 776                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 342</b> | od 31.12.2020 r.                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | BEST - MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ<br>SPÓŁKA KOMANDYTOWA                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-001, UL. JEROZOLIMSKIE 87                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 609 505 600                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 381894999                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE BEST-MED.                                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-001, UL. JEROZOLIMSKIE 87                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 609 505 600                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 343</b> | od 31.12.2020 r.                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SOLUTION CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-822, UL.GROCHOWSKA 357/619                                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 798 897 696                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 382582865                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE SOLUTION                                                               | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-808, UL. MIŃSKA 25B                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 798 897 696                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 344</b> | od 31.12.2020 r.                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W STAREJ<br>BŁOTNICY                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STARA BŁOTNICA 26-806, STARA BŁOTNICA 9                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 619 70 85                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 670938115                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STARA BŁOTNICA 26-806, STARA BŁOTNICA 9                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 619 70 85                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 345</b> | od 31.12.2020 r.                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDIKS SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |

|                                                     |                                                                                                    |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. MIRECKIEGO 10                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 360 22 22                                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 363669992                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. MIRECKIEGO 10                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 360 22 22                                                                                       | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 20.01.2021 r.                                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 346</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | DOMAŃSCY&WOJNO SPÓŁKA CYWILNA WSPÓLNICY SPÓŁKI MARIA DOMAŃSKA, ZBIGNIEW DOMAŃSKI, MARIUSZ WOJNO    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SANNIKI 09-540, UL. KRÓTKA 2                                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 277 60 28/24 277 61 59                                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 611424342                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SANNIKI 09-540, UL. KRÓTKA 2                                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 277 60 28/24 277 61 59                                                                          | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 347</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CELMED SP. Z O.O.                                                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA, 07-401, ALEJA WOJSKA POLSKIEGO 22                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 2907691862                                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 5503290702                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-401, UL. WOJSKA POLSKIEGO 22                                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 769 18 62                                                                                       | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 348</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA "PLANTY" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. 1905-ROKU 20                                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 360 20 16                                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 67196619000020                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA /GABINET/ PIELĘGNIARKI RODZINNEJ                                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. 1905-ROKU 20                                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 360 20 16                                                                                       | 2                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 349</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA BOGDAN ZACKIEWICZ                                                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MYSZYNIEC 07-430, UL. PAWŁOWSKIEGO 15                                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 760 35 40                                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550068495                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                    |                                    |

|                                                     |                                                       |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MYSZYNEC 07-430, UL. PAWŁOWSKIEGO 15                  | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 297603540                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 350</b> | od 31.12.2020 r.                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | "ZDROWIE TO MY" - SPÓŁKA CYWILNA                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JÓZEFOSŁAW 05-500, UL. UROCZA 14/0                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 726 00 83                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 146392509                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ DLA DZIECI I DOROSŁYCH                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JÓZEFOSŁAW 05-500, UL. UROCZA 14/0                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 666 190 200                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 351</b> | od 31.12.2020 r.                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SZPZŁO WARSZAWA-MOKOTÓW                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-512, UL. MADALIŃSKIEGO 13                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 541 72 70                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 00098582300037                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY W PORADNI LEKARZA POZ | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-512, UL. MADALIŃSKIEGO 13                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 541 70 57                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY W PORADNI LEKARZA POZ | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-760, UL. SOCZI 1                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 642 69 33                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY W PORADNI LEKARZA POZ | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-692, UL. JADŹWINGÓW 9                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 843 49 59                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY W PORADNI LEKARZA POZ | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-622, UL. MAŁCZEWSKIEGO 47A                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 844 13 76                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY W PORADNI LEKARZA POZ | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-724, CHEŁMSKA 13/17                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 228401025                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                         |                                    |

|                                                     |                                                       |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>               |                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY W PORADNI LEKARZA POZ | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-586, UL. DĄBROWSKIEGO 75A                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 845 39 62                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>               |                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY W PORADNI LEKARZA POZ | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-968, UL. PRZYCZÓŁKOWA 33                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 544 06 81                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>               |                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY W PORADNI LEKARZA POZ | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-917, UL. MORSZYŃSKA 33                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 842 24 13                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>               |                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY W PORADNI LEKARZA POZ | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-735, UL. IWICKA 19                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 841 49 05                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10</b>              |                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY W PORADNI LEKARZA POZ | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-960, UL. KOLEGIACKA 3                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 731 207 150                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 11</b>              |                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA DLA KOMBATANTÓW                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-589, UL. LITEWSKA 11/13                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 622 65 60/691 465 100                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.01.2021 r.                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 352</b> | od 31.12.2020 r.                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SPZOZ   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. CHROBREGO 48                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 360 60 68                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 670756584                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. CHROBREGO 48                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 360 60 68                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 353</b> | od 31.12.2020 r.                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |



|                                                     |                                                    |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | PROWITA SP. Z O.O.                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK 09-408, UL. GOŚCINIEC 26A                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 266 90 70                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 61132334500022                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK 09-409, UL. HUBALCZYKÓW 11                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 266 90 70                                       | 3                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 354</b> | od 31.12.2020 r.                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | TOLEK PRZYCHODNIA DLA DZIECI SP. Z O.O             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWA WOLA 05-506, UL. POSTĘPU 7                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 750 33 77                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 141534672                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ DLA DOROSŁYCH                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWA WOLA 05-506, UL. POSTĘPU 7                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 787 033 133                                        | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 355</b> | od 31.12.2020 r.                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ PRZYCHODNIA RODZINNA                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SADOWNE 07-140, UL. KOŚCIUSZKI 82                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 675 32 20                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 01642628707-140                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SADOWNE 07-140, UL. KOŚCIUSZKI 82                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 675 32 20/25 675 52 22/502 260 715              | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 356</b> | od 31.12.2020 r.                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | KAMILLA TETERYCZ, OLGA TORTYNA MEDICA SPÓŁKA JAWNA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 05-077, UL. HIACYNTOWA 10                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 669 901 313                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 060515660                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWY                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 05-077, UL. CIEPLARNIANA 25D              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 790 302 090                                        | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 357</b> | od 31.12.2020 r.                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | „REMEDIUM”r.LAMORSKI SP.J.                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GĄBIN 09-530, UL. PŁOCKA 19                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 277 10 22                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 611012390                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GĄBIN 09-530, UL. PŁOCKA 19                        |                                    |

|                                                     |                                                                    |                                |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 24 277 10 22/882 464 548/24 277 12 95                              | +                              |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                      |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 358</b> | od 31.12.2020 r.                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | SZPZLO WARSZAWA-REMBERTÓW                                          |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-491, UL. DWÓCH MIECZY 22A                              |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 22 612 25 96                                                       |                                |
| identyfikator REGON                                 | 16394765                                                           |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    |                                |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                    | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-452, UL. ZAWISZAKÓW 23                                 |                                |
| telefon/ telefony                                   | 22 515 44 15                                                       |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                      |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 359</b> | od 31.12.2020 r.                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | VITAL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                      |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZĄBKI 05-091 , UL. SŁOWICZA 10                                     |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 22 781 60 16                                                       |                                |
| identyfikator REGON                                 | 1638054000029                                                      |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    |                                |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                               | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZĄBKI 05-091, UL. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 1                            |                                |
| telefon/ telefony                                   | 22 781 60 16/607 84 200                                            |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                      |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 360</b> | od 31.12.2020 r.                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | TOWARZYSTWO OPIEKI NAD OCIEMNIAŁYMI STOWARZYSZENIE                 |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LASKI 05-080, UL. BRZozowa 75                                      |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 22 752 32 74                                                       |                                |
| identyfikator REGON                                 | 00702597700060                                                     |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    |                                |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                               | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LASKI 05-080, UL. BRZozowa 75                                      |                                |
| telefon/ telefony                                   | 22 752 32 74                                                       |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                      |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 361</b> | od 31.12.2020 r.                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE PLATANY SP. Z O. O. SP. KOMANDYTOWA               |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-495, UL. RYŻOWA 44                                     |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 22 244 58 88                                                       |                                |
| identyfikator REGON                                 | 141739575                                                          |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    |                                |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                    | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-495, UL. RYŻOWA 44                                     |                                |
| telefon/ telefony                                   | 883 423 134                                                        |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                      |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 362</b> | od 31.12.2020 r.                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | CITYMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                                |

|                                                     |                                                                                                            |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-957, JANA III SOBIESKIEGO 18                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 120 20 03                                                                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 140755833                                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO (POZ)                                                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-957, UL. JANA III SOBIESKIEGO 18                                                               | 2                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 120 20 03 WEW. 15                                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA CITYMED -FILIA                                                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-972, ALEJA RZECZYPOSPOLITEJ 18/163/B                                                           | 3                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 742 16 53                                                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 25.07.2021 r.                                                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 363</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE RAFAŁ SP. Z O.O.                                                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-495, UL. WIOSNY LUDÓW 69                                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 459 595 395                                                                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 147068834                                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-495, UL. WIOSNY LUDÓW 69                                                                       | 2                                  |
| telefon/ telefony                                   | 735 008 497                                                                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 364</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ                                                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-652, UL. SAMOCHODOWA 5                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 585 62 65                                                                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14639416400026                                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-652, UL. SAMOCHODOWA 5                                                                         | 2                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 585 62 29                                                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 29.01.2021 r.                                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | EMÓW 05-462, UL. NADWIŚLAŃCZYKÓW 2                                                                         | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 585 62 29                                                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 29.01.2021 r.                                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 365</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICAL" S.C.<br>MAŁGORZATA KOTLARSKA, ARNOLD KOPYŚĆ, JOANNA OŁÓWEK |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GARWOLIN 08-400, UL. KUŚNIERSKA 2                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 682 03 31                                                                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14033635500024                                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GARWOLIN 08-400, UL. KUŚNIERSKA 2                                                                          | 1                                  |

|                                                     |                                                                           |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 25 682 03 31                                                              | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 366</b> | od 31.12.2020 r.                                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO W PIASECZNIE |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIASECZNO 05-500, UL. FABRYCZNA 1                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 462 70 01                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 01618968600023                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKOWEJ-RODZINNEJ                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIASECZNO 05-500, UL. FABRYCZNA 1                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 782 478 339                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKOWEJ-RODZINNEJ GOŁKÓW                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIASECZNO 05-502, UL. SKRZETUSKIEGO 17                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 669 780 236                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 30.04.2021 r.                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKOWO RODZINNEJ W ZALESIU GÓRNYM              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZALESIE GÓRNE 05-540, UL. ŻŁOTEJ JESIENI 1                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 669 780 240                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 367</b> | od 31.12.2020 r.                                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE BONIFRATRÓW SP. Z O.O.                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-215, UL. SAPIEŻYŃSKA 3                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 390 33 00                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 142316693                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-215, UL. SAPIEŻYŃSKA 3                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 390 33 00                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 368</b> | od 31.12.2020 r.                                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | "ESCU LAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MARKI 05-270, UL. FABRYCZNA 1                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 761 90 35                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 01324566800036                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA ( DLA DOROSŁYCH I DLA DZIECI )                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MARKI 05-270, UL. FABRYCZNA 1                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 761 90 35                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                                    |

|                                                     |                                                         |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 369</b> | od 31.12.2020 r.                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZOZ W STROMCU                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STROMIEC 26-804, UL. NOWA 10                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 619 10 03                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 67022963700029                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STROMIEC 26-804, UL. NOWA 10                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 619 10 03                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 370</b> | od 31.12.2020 r.                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA ORLIK SP. Z O.O.                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-041, UL. OSTROBRAMSKA 101                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 600 021 655                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 013245929                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWY                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-041, UL. OSTROBRAMSKA 101                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 465 66 60                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWY                                       | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-035, UL. MOTOROWA 8                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 506 54 84                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 371</b> | od 31.12.2020 r.                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ PORADNIA „MEDICUS” DARIUSZ KOSSAKOWSKI             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JEDNOROŻEC 06-323, UL.ODRODZENIA 12                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 751 83 27                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 450686084                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA RODZINNEGO                              | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JEDNOROŻEC 06-323, UL.ODRODZENIA 12                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 751 83 27                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI MEDYCZNEJ | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŻELAZNA RZĄDOWA 06-323, ŻELAZNA RZĄDOWA 29              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 751 86 70                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA POZ                                     | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DRAŹDŹEWO 06-214, DRAŹDŹEWO 42                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 714 12 48                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                                                                  |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                                                   | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STARY LUBOTYŃ 07-303, STARY LUBOTYŃ 36A                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 644 64 14                                                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BARANOWO 06-320, UL. NIEPODLEGŁOŚCI 18                                                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 760 38 43                                                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>               |                                                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>STADION MIEJSKI IM. KONARSKIEGO<br>W CHORZELACH<br>(PAWILON SPORTOWY, NAMIOTY) | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CHORZELE, 06-330, UL. PADLEWSKIEGO 1                                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 751 86 70                                                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 29.04.2021 r.                                                                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 372</b> |                                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | STARÓWKA SP. ZO.O.                                                                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-159, UL. ANDERSA 37                                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 691 83 36                                                                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 016756530                                                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ                                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIEDZNA 07-106, PL. WOLNOŚCI 8                                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 500 491 475                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ                                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JABŁONNA LACKA 08-304, UL. SIENKIEWICZA 7                                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 500 491 475                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ                                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STERDYŃ 08-320, UL. SEROCZYŃSKA 1                                                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 500 491 475                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ                                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-426, UL. OBOZOWA 63/65                                                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 259 80 00                                                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ                                                      |                                    |

|                                                     |                                                                                                          |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-159, UL. ANDERSA 37                                                                          | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 259 80 00                                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 373</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | KLINIKA NEURORADIOCHIRURGII SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-033, UL. WOJCIECHA GÓRSKIEGO 6/92                                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 126 10 88                                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14079422400058                                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA ONKOLOGICZNA                                                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600 , UL. UNIWERSYTECKA 6                                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 377 90 20                                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 374</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOS "PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO" LEK. MED.. ADAM RAWSKI                                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PORĘBA 07-308, PORĘBA ŚREDNIA 7                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 679 55 55                                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550063144                                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA POZ DLA DOROSŁYCH                                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PORĘBA 07-308, PORĘBA ŚREDNIA 7                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 679 55 55                                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 375</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KAZANOWIE SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY M. CZERWONKA, G. DRAŹKIEWICZ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KAZANÓW 26-713 ,UL. KOŚCIELNA 50                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 67 66 059                                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 672724370                                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KAZANÓW 26-713 ,UL. KOŚCIELNA 50                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 67 66 059                                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 376</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PIASTUN                                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIASTÓW 05-820, UL. M. REJA 1                                                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 723 62 87                                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 1639163700000                                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                          | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIASTÓW 05-820, UL. M. REJA 1                                                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 723 11 47                                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                            |                                    |



|                                                     |                                                                                               |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- SPZOZ PIASTUN W PIASTOWIE                                   | 4                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIASTÓW, 05-820, UL. SKORUPKI 16 A                                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 723 11 47                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 25.05.2021 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 377</b> | od 31.12.2020 r.                                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GARNIZONOWA PRZYCHODNIA LEKARSKA SAMODZIELNY PUBLICZNY<br>ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MODLINIE |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY DWÓR MAZOWIECKI 05-160, UL. 29 LISTOPADA 105                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 713 48 34                                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 014825505                                                                                     |                                    |
|                                                     |                                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ FILIA DLA DZIECI                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY DWÓR MAZOWIECKI 05-160, UL. OBROŃCÓW MODLINA<br>83/GAB.NR 23                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 713 48 39                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 378</b> | od 31.12.2020 r.                                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CORTEN MEDIC TOMASZ SIKORA                                                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-784, UL. DUNIKOWSKIEGO 10                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 270 30 72                                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 15053128                                                                                      |                                    |
|                                                     |                                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-610, UL. BELINY PRAŻMOWSKIEGO 33A                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 602 09 97                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-784, UL. PASAŻ URSYNOWSKI 9                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 602 09 97                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                          | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-679, UL. MODZELEWSKIEGO 58                                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 602 09 97                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZWOLEŃ 26-700, UL. SIENKIEWICZA 19                                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 602 09 97                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. KRÓLOWEJ JADWIGI 21/4                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 602 09 97                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                 |                                    |
|                                                     |                                                                                               |                                    |

|                                                   |                                             |                                    |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                             | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-400, UL. KOBYLIŃSKIEGO 21A         |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 22 602 09 97                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>             |                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                             | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-610, UL. BELINY PRAŻMOWSKIEGO 17   |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 22 602 09 97                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>             |                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-643, UL. ETIUDY REWOLUCYJNEJ 48 |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 22 602 09 97                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>             |                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-131, UL. JÓZEFA MEHOFFERA 29    |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 22 602 09 97                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10</b>            |                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-171, UL. MŁYNARSKA 26/28        |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 22 602 09 97                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 11</b>            |                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZYDŁOWO 06-516, UL. MAZOWIECKA 62          |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 22 602 09 97                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 12</b>            |                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MILANÓWEK 05-822, UL. SZKOLNA 6             |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 22 602 09 97                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 13</b>            |                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MŁAWA 06-500, UL. PIŁSUDSKIEGO 43/44        |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 22 602 09 97                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 14</b>            |                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                             | 5                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-549, UL. RADZYMIŃSKA 250        |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 22 602 09 97                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 15</b>            |                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                               |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-781, UL. ROENTGENA 46/3U                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 602 09 97                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 16</b>              |                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CORTEN MEDIC TŁUSZCZ                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TŁUSZCZ 05-240, UL. WARSZAWSKA 19                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 602 09 97                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.01.2021 r.                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 17</b>              |                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ W GALERII BEMOWO                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-466, UL. POWSTAŃCÓW ŚLĄSKICH 126/05 P             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 602 09 97                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 25.07.2021 r.                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 379</b> | od 31.12.2020 r.                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KŁWOWIE      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KŁWÓW 26-415, UL. OPOCZYŃSKA 39                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 671 00 04                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 142714235                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ (001)LUB PUNKT SZCZEPIEŃ(010)            | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KŁWÓW 26-415, UL. OPOCZYŃSKA 39                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 671 00 04                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 380</b> | od 31.12.2020 r.                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE DAMIANA HOLDING SP. Z O.O.                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-739, UL. WAŁBRZYSKA 46                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 566 22 22                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 15639390                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ DLA DOROSŁYCH                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-830, AL. ZJEDNOCZENIA 36                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 566 22 22                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ DRIVE-THRU<br>WARSZAWA OKĘCIE                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-906, UL. ŻWIRKI I WIGURY 1                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 566 22 22                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 16.07.2021 r.                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 381</b> | od 31.12.2020 r.                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CELESTYNOWIE |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CELESTYNÓW 05-430, UL. REGUCKA 5                              |                                    |

|                                                     |                                                                                 |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                  | 22 506 51 71                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 11129283                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA POZ                                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CELESTYNÓW 05-430, UL. REGUCKA 5                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 506 51 71                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 382</b> | od 31.12.2020 r.                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | LEKARZE RODZINNI "ESKULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁOSICE 08-200, UL. NARUTOWICZA 5                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 833 590 777                                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 712568880                                                                       |                                    |
|                                                     |                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁOSICE 08-200, UL. NARUTOWICZA 5                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 833 590 777/833 590 888                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PLATERÓW 08-210, UL. KOŚCIELNA 17                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 833 578 870                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - TRANSGRANICZNE CENTRUM DIALOGU KULTUR W ŁOSICACH | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁOSICE, 08-200, UL. B. JOSELEWICZA 13                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 83 306 88 72; 83 306 88 73                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 06.05.2021 r.                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 383</b> | od 31.12.2020 r.                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | IGOR ZERHAU                                                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KADZIDŁO 07-420, UL. HANDLOWA 5                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 761 80 24                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550443639                                                                       |                                    |
|                                                     |                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KADZIDŁO 07-420, UL. HANDLOWA 5                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 761 80 24                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MYSZYŃCIEC 07-430, UL. SIENKIEWICZA 1                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 516 325 522                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 384</b> | od 31.12.2020 r.                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                     |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GMINY CHOTCZA                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CHOTCZA-JÓZEFÓW 27-312, CHOTCZA-JÓZEFÓW 60                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 375 10 02                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 671968851                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWY                                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CHOTCZA-JÓZEFÓW 27-312, CHOTCZA-JÓZEFÓW 60                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 375 10 02                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 385</b> | od 31.12.2020 r.                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA BEMOWO-WŁOCHY |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-315, UL. GEN. MERIANA C. COOPERA 5                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 638 90 55                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 17202242                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NOCNA POMOC LEKARSKA (AMBULATORIUM OGÓLNE)                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-417, UL. CEGIELNIANA 8                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 167 25 90                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NOCNA POMOC LEKARSKA (AMBULATORIUM OGÓLNE)                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-355, UL. CZUMY 1                                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 664 58 97                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 01.08.2021 r. - 31.08.2021 r. CZASOWE ZAWIESZENIE DZIAŁALNOŚCI PUNKTU               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA REJONOWA                                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-151, UL.SZYBOWCOWA 4                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 167 21 50                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 01.08.2021 r.                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA REJONOWA                                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-493, UL. WROCŁAWSKA 19                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 167 22 02                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA REJONOWA                                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-381, UL. POWSTAŃCÓW ŚLĄSKICH 19                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 167 24 02                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 386</b> | od 31.12.2020 r.                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CEGŁOWIE                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CEGŁÓW 05-319, UL. PLAC ANNY JAGIELLONKI 17                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 757 01 22                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 711652235                                                                           |                                    |

|                                                     |                                                           |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CEGŁÓW 05-319, UL. PLAC ANNY JAGIELLONKI 17               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 757 01 22                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 387</b> | od 31.12.2020 r.                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA ZDROWIE PIASECZNA                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIASECZNO 05-500, AL. KALIN 55/7                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 750 11 77                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 145985957                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA ZDROWIE PIASECZNA                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIASECZNO 05-500, AL. KALIN 55/7                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 726 39 00                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 20.01.2021 r.                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 388</b> | od 31.12.2020 r.                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | JAROSŁAW ZAŁUSKI                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOCHACZEW 96-500, UL. KRÓLOWEJ JADWIGI 11                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 46 861 64 15                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 750459321                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MŁODZIESZYN 96-512, UL. WYSZOGRODZKA 7                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 509 012 839                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 389</b> | od 31.12.2020 r.                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GOZDOWIE | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GOZDOWO 09-213, UL. KRYSZYNA GOZDAWY 13                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 276 21 96                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 611041641                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GOZDOWO 09-213, UL. KRYSZYNA GOZDAWY 13                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 276 21 96                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LELICE 09-213, UL. PARKOWA 9                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 276 15 14                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 390</b> | od 31.12.2020 r.                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | DARIUSZ SUCHENEK                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSZKÓW, 07-200, ZAKOLEJOWA 19C                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 508 372 208                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 141806774                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                                                     |                                |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKOWEJ-RODZINNEJ                                             | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSZKÓW 07-200, UL. PUŁTUSKA 27                                                                     |                                |
| telefon/ telefony                                   | 502 541 586, 508 372 208                                                                            |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 391</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ASKLEPIOS-ŚRÓDMIEŚCIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. 1905 ROKU 20                                                                      |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 48 340 28 19/48 360 16 25                                                                           |                                |
| identyfikator REGON                                 | 671968354                                                                                           |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     |                                |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. 1905 ROKU 20                                                                      |                                |
| telefon/ telefony                                   | 48 340 28 19/48 360 16 25                                                                           |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 392</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | KRAJMED CENTRUM NOWOCZESNEJ LARYNGOLOGII SP.ZO.O.                                                   |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-739, UL. WAŁBRZYSKA 11/55                                                               |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 785 004 441                                                                                         |                                |
| identyfikator REGON                                 | 146771299                                                                                           |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     |                                |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                     | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-739, UL. WAŁBRZYSKA 11/55                                                               |                                |
| telefon/ telefony                                   | 22 458 69 69                                                                                        |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 393</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "KARMELICKA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ          |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-181, UL. KARMELICKA 26                                                                  |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 22 831 62 73                                                                                        |                                |
| identyfikator REGON                                 | 016606629                                                                                           |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     |                                |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-181, UL. KARMELICKA 26                                                                  |                                |
| telefon/ telefony                                   | 692 238 592                                                                                         |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 394</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA MAREK ŚWIĘTOCHOWSKI                                                  |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KSIĘŻNO 16-001, UL. POŁUDNIOWA 5                                                                    |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 662 002 803                                                                                         |                                |
| identyfikator REGON                                 | 51980065                                                                                            |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     |                                |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWO – SZCZEPIENNY                                                                     | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWA WIEŚ 07-416, UL. PARKOWA 1                                                                     |                                |



|                                                     |                                                                  |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 29 760 44 17                                                     | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 395</b> | od 31.12.2020 r.                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MAŁGORZATA JANKOWSKA-KACZMARZYK                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIERPC 09-200, UL. MICKIEWICZA 55                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 607 362 331                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 61029302700066                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                  |                                    |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZAWIDZ KOŚCIELNY 09-226, UL. MAZOWIECKA 15                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 276 61 13/24 276 66 76                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 396</b> | od 31.12.2020 r.                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W JEDLNI LETNISKO | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JEDLNI LETNISKO 26-630, UL. CHOPINA 1                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 322 10 23                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 670877603                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                  |                                    |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JEDLNI LETNISKO 26-630, UL. CHOPINA 1                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 519 633 392                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | FILIA SPZOZ W GROSZOWICACH                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GROSZOWICE, 26-630, GROSZOWICE                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 515 828 301                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 06.05.2021 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 397</b> | od 31.12.2020 r.                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MAL MED SP ZOO                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JULIANÓW 05-500, UL. JULIANOWSKA 88J/2                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 711 14 22                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 380357845                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                  |                                    |
| nazwa:                                              | NZOZ MAL MED                                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRUSZKÓW 05-800, UL. POWSTAŃCÓW 7/U1                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 574 555 543                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 398</b> | od 31.12.2020 r.                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MEDINA SP. Z O.O                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-270, KRZYWE KOŁO 8/10                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 228310721                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 17179170                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                  |                                    |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA POZ                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAW 00-270, UL. KRZYWE KOŁO 8/10                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 831 07 21                                                     |                                    |

|                                                     |                                                           |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 399</b> | od 31.12.2020 r.                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPES SPÓŁKA CYWILNA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PARYSÓW 08-441, UL. KSIĄŻĘCA 13                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 506 787 922                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 71167816300020                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PARYSÓW 08-441, UL. KSIĄŻĘCA 13                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 506 787 922                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 400</b> | od 31.12.2020 r.                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | IZABELA MARZANNA PRZYCHODZIŃ                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL. PRZYTULNA 3                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 646 29 13                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 55006130000044                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL. PRZYTULNA 3                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 646 29 13                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 401</b> | od 31.12.2020 r.                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | IWONA KRUPIŃSKA ANMED SPÓŁKA JAWNA                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GOŁOTCZYNA 06-430, UL. CHABROWA 2                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 671 42 73                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 36688405300018                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOBOKŁĘSZCZ 06-440, UL. NASIELSKA 36A                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 671 41 60                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ GOŁOTCZYNA                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GOŁOTCZYNA 06-430, UL. CHABROWA 2                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 617 30 41                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 402</b> | od 31.12.2020 r.                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SPZOZ WARSZAWA-URSYNÓW                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-786, UL. ZAMIANY 13                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 781 601 600                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 1718583900030                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-829, UL. SAMSONOWSKA 1                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 797 519 764                                               |                                    |

|                                                     |                                                                  |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA OPIEKI PODSTAWOWEJ -<br>UL. ROMERA 4                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-784, UL. ROMERA 4                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 641 64 54                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 11.02.2021 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA OPIEKI PODSTAWOWEJ -<br>UL. NA UBOCZU 5              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-791, UL. NA UBOCZU 5                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 648 84 96                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 11.02.2021 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 403</b> | od 31.12.2020 r.                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | INWEST MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ OPOWIEDZIALNOŚCIĄ                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEGIONOWO 05-120, UL. J. PIŁSUDSKIEGO 33/101                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 100 52 82                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 360773536                                                        |                                    |
|                                                     |                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-140, UL. ODKRYTA 4                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 100 52 82                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KARNIEWO 06-425, UL. SZKOLNA 16                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 69 19 27                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZELKÓW 06-220, SZELKÓW 53                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 717 60 08                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 404</b> | od 31.12.2020 r.                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MAK-MED S.C. DANUTA GARBACKA-MAKOWIECKA, REMIGIUSZ<br>MAKOWIECKI |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LELIS 07-402, UL. SZKOLNA 47                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 761 10 80                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 551180640                                                        |                                    |
|                                                     |                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LELIS 07-402, UL. SZKOLNA 47                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 761 10 80                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                             |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL. KURPIOWSKA 5                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 764 29 72                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 405</b> | od 31.12.2020 r.                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PROVITA POLIKLINIKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-585, UL. BAGATELA 10/5                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 607 697 283                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 38546197800015                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                             |                                    |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA RODZINIEGO                                 | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-647, UL. BABOSZEWSKA 1/2U4                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 535 540 572                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 406</b> | od 31.12.2020 r.                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTERMED WARSZAWA SP ZO.O                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-630, UL. WARYŃSKIEGO 10A                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 825 77 68                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 145847072                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                             |                                    |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-630, UL. WARYŃSKIEGO 10A                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 592 48 00                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-927, KRAKOWSKIE PRZEDMIEŚCIE 24                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 225924800                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWY                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-089, UL. ŻWIRKI I WIGURY 95/97                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 592 48 00                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 407</b> | od 31.12.2020 r.                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | "EL-TA" GRZEGORZ POLCYN, HALINA POLCYN S.C.                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BARANOWO 06-320, UL. HENRYKA SIENKIEWICZA 21                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 761 37 79                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550726596                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                             |                                    |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) LEKARZA RODZINNEGO                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BARANOWO 06-320, UL. HENRYKA SIENKIEWICZA 21                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 761 37 79                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 408</b> | od 31.12.2020 r.                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                                     |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | CENTRUM LECZNICZO-REHABILITACYJNE I MEDYCYNY PRACY ATTIS<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-401, UL. GÓRCZEWSKA 89                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 321 12 11                                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 16441803                                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-401, UL. GÓRCZEWSKA 89                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 321 12 30                                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-127, UL. ŚLISKA 5                                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 316 38 24                                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 409</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ „NOVAMED” SP. Z O. O.                                                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RUSINÓW, 26-411, ZACISZNA 30                                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 486727009                                                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 672715046                                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RUSINÓW 26-411, UL. ZACISZNA 30                                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 672 70 09                                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 410</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | VITA GOSZCZYŃSKA SPÓŁKA JAWNA                                                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK 09-402, UL. ŹRÓDLANA 7                                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 277 41 26                                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 145972498                                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                                      | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | IŁÓW 96-520, UL. PLAC KASZTANOWY 6                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 277 41 26                                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 411</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W<br>SKRZYNNIE                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIENIAWA 26-432, PL. 1000-LECIA 2                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 674 65 65                                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 671972746                                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                     | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIENIAWA 26-432, PL. 1000-LECIA 2                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 674 65 65                                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 412</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                                          |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | FAMILY MEDICA SP. Z O.O.                                                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-497, UL. PRYSTORA 4/4                                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 508 088 866                                                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 384258198                                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-497, UL. PRYSTORA 4/4                                                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 508 088 866                                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 413</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | POKRZYWNICA 06-121, UL. PRZEMYSŁOWA 1                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 691 87 80                                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 130449972                                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | POKRZYWNICA 06-121, UL. PRZEMYSŁOWA 1                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 691 87 80                                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DZIERŻENIN 06-114, DZIERŻENIN 101                                                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 691 04 22                                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OBRYTE 07-215, OBRYTE 187                                                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 741 10 12                                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PUŁTUSK 06-100, UL. BOGDANA TEODORA JAŃSKIEGO 3                                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 692 40 02                                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRASNE 06-408, UL. MIKOŁAJA KOPERNIKA 3                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 671 00 25                                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>               |                                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZIELONA 06-408, ZIELONA 28                                                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 671 03 23                                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>               |                                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                          |                                    |

|                                                     |                                                               |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZATORY 07-217, UL. JANA PAWŁA II 130                          | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 29 741 03 16                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>               |                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WINNICA 06-120, UL. WIDOK 1                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 691 43 00                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 414</b> | od 31.12.2020 r.                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK" SPÓŁKA Z O.O.   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIONKI 26-670, UL. SIENKIEWICZA 4                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 307 03 28                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 671978950                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIONKI 26-670, UL. SIENKIEWICZA 4                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 307 04 55                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 415</b> | od 31.12.2020 r.                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MULTI-MEDICA SP. Z O.O.                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZIELONKA 05-220, UL. PONIATOWSKIEGO 97                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 786 81 91                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 145990007                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ DLA DOROSŁYCH I DZIECI                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZIELONKA 05-220, UL. PONIATOWSKIEGO 97                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 662 553 337                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 416</b> | od 31.12.2020 r.                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GNIEWOSZOWIE |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GNIEWOSZÓW 26-920, UL. SARNOWSKA 14                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 621 50 16                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 671960996                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GNIEWOSZÓW 26-920, UL. SARNOWSKA 14                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 621 50 16                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 417</b> | od 31.12.2020 r.                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W POTWOROWIE   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | POTWORÓW 26-414, UL. LIPOWA 30                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 671 30 10                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 670909148                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |



|                                                     |                                                             |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | POTWORÓW 26-414, UL. LIPOWA 30                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 671 30 10                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 418</b> | od 31.12.2020 r.                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | LUX MED SP. Z O.O.                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-676, UL. POSTĘPU 21C                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 332 28 88                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 140723603                                                   |                                    |
|                                                     |                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-134, UL. 1 SIERPNIA 8                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 823 89 45                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-036, AL. STANÓW ZJEDNOCZONYCH 72                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 33 22 849                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-342, AL. JEROZOLIMSKIE 162                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 33 22 849                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-697, AL. JEROZOLIMSKIE 65/79                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 33 22 849                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-793, UL. BELGRADZKA 18                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 33 22 849                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>               |                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-672, UL. DOMANIEWSKA 41B                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 33 22 849                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>               |                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-342, UL. GRÓJECKA 186                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 33 22 849                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>               |                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                             |                                    |

|                                                     |                                                                         |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-175, UL. JANA PAWŁA II 78                                   | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 33 22 849                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>               |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-185, UL. MYŚLIBORSKA 95                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 33 22 849                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 11.06.2021 r. - CZASOWE ZAWIESZENIE DZIAŁALNOŚCI PUNKTU NA CZAS REMONTU |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10</b>              |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STARA IWICZNA 05-500, UL. NOWA 4A                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 33 22 849                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 11</b>              |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-676, UL. POSTĘPU 21C                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 33 22 849                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 12</b>              |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-305, UL. SZERNERA 3                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 33 22 849                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 13</b>              |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-493, UL. WROCŁAWSKA 7A                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 33 22 849                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 14</b>              |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-951, UL. WRZECIONO 10C                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 33 22 849                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 15</b>              |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-091, UL. ŻWIRKI I WIGURY 39                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 33 22 849                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 16</b>              |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                    | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-460, UL. GÓRCZEWSKA 124                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 33 22 888                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 11.06.2021 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 419</b> | od 31.12.2020 r.                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ                          |                                    |

|                                                     |                                                                       |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TROJANÓW 08-455, TROJANÓW 57A                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 682 71 22                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 711586314                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KORYTNICA 08-455, KORYTNICA 3                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 682 70 22                                                          | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 26.01.2021 r.                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TROJANÓW 08-455, TROJANÓW 57A                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 682 70 22                                                          | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 27.01.2021 r.                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 01.09.2021 r. - 31.12.2021 r. CZASOWE ZAWIESZENIE DZIAŁALNOŚCI PUNKTU |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 420</b> | od 31.12.2020 r.                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ SP.Z O.O.                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JASTRZĘBIA 26-631, JASTRZĘBIA 119                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 610 68 77                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 362745797                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIONKI 26-670, UL. POLNA 25C                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 610 68 77                                                          | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 421</b> | od 31.12.2020 r.                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ARTUR KAROL PŁÓCIENNIK                                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DZWONEK 07-407, DZWONEK 25                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 761 49 80                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 551177571                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ (DOROŚLI I DZIECI)                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CZERWIN 07-407, UL. MAZOWIECKA 13B                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 761 49 80                                                          | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 422</b> | od 31.12.2020 r.                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED SPÓŁKA AKCYJNA                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-195, UL. ZYGMUNTA SŁOMIŃSKIEGO 19/524                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 230 70 07                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 140802685                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED S.A.                                        |                                    |
|                                                     | ODDZIAŁ URSUS                                                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-497,<br>UL. ALEKSANDRA PRYSTORA 8                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 434 09 09                                                          | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED S.A.                                        |                                    |
|                                                     | ODDZIAŁ BLUE CITY                                                     |                                    |

|                                                     |                                                                       |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-222, AL. JEROZOLIMSKIE 179                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 434 09 09                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED S.A.<br>ODDZIAŁ PRZYKOPOWA                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-208, UL. PRZYKOPOWA 31                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 434 09 09                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED S.A.<br>ODDZIAŁ WILANÓW                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-972, AL. RZECZYPOSPOLITEJ 14                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 434 09 09                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED S.A.<br>ODDZIAŁ TARGÓWEK                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-286, UL. MALBORSKA 47                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 434 09 09                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>               |                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED S.A.<br>ODDZIAŁ GALERIA MŁOCINY             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-943,<br>UL. ZGRUPOWANIA AK "KAMPINOS" 15                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 230 70 07                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 11.06.2021 r.                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>               |                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED S.A.<br>ODDZIAŁ SOCHACZEW                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOCHACZEW, 96-500,<br>UL. STEFANA ŻEROMSKIEGO 14                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 230 70 07                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 17.06.2021 r.                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>               |                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED S.A.<br>ODDZIAŁ ARKADIA                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-175,<br>AL. JANA PAWŁA II 82                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 230 70 07                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 08.07.2021 r.                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 423</b> | od 31.12.2020 r.                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ARS MEDICA NZOZ ANDRZEJCZAK I ZAPART-BĄK SPÓŁKA<br>PARTNERSKA LEKARZY |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LUTOCIN 09-317, UL. REYMONTA 11                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 517 556 884                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 146393839                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LUTOCIN 09-317, UL. REYMONTA 11                                       |                                    |

|                                                     |                                                                 |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 517 556 884                                                     | 4                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                 | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LUTOCIN 09-317, UL. REYMONTA 11                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 517 556 884                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 424</b> | od 31.12.2020 r.                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK 09-411, UL. CHEMIKÓW 7                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 365 09 25                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 610381010                                                       |                                    |
|                                                     |                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                            | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK 09-411, UL. CHEMIKÓW 7                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 365 09 25                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                            | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK 09-410, UL. KUTRZEBY 11                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 364 70 00                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA MOSTY                                               | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK, 09-402, AL. TYSIĄCLECIA 2A                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 364 77 01                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 425</b> | od 31.12.2020 r.                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MEDIVITA KONSTANCIN SP Z O.O.                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KONSTANCIN-JEZIORNA 05-520,<br>UL. MIRKOWSKA 56                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 717 34 15                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 146371619                                                       |                                    |
|                                                     |                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWO-DIAGNOSTYCZNY                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KONSTANCIN-JEZIORNA 05-520,<br>UL. MIRKOWSKA 56                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 717 34 15                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 06.05.2021 r.                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- MEDIVITA KONSTANCIN           | 12                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KONSTANCIN-JEZIORNA, 05-510,<br>UL. WALENTYNOWICZ 24            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 717 34 15, 502 390 220                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 21.04.2021 r.                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ<br>- MEDIVITA KONSTANCIN                        |                                    |

|                                                     |                                                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KONSTANCIN-JEZIORNA, 05-510,<br>UL. WALENTYNOWICZ 24           | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 502 390 220                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 06.05.2021 r.                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 426</b> | od 31.12.2020 r.                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GENESSIS INC ( AK CLINIC )                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-186, UL. MODLIŃSKA 115                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 884 068 288                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 384809126                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                |                                    |
| nazwa:                                              | AK CLINIC                                                      | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-186, UL. MODLIŃSKA 115                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 884 068 288                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 427</b> | od 31.12.2020 r.                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | JAKUB TADEUSZ RUMAN                                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZARĘBY KOŚCIELNE 07-323, UL. MOKRA 6                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 862 706 113                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 450165103                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                |                                    |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZARĘBY KOŚCIELNE 07-323, UL. KOWALSKA 16A                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 862 706 019                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 428</b> | od 31.12.2020 r.                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | RODZINNA PRZYCHODNIA LEKARSKA - DOROTA WYSOCKA -<br>ROSZKOWSKA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOMOROWO 07-310, UL. MAZOWIECKA 90                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 644 41 70                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550740627                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                |                                    |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOMOROWO 07-310, UL. MAZOWIECKA 90                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 644 41 70                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JELONKI 07-310, JELONKI 27                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 746 12 95                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 429</b> | od 31.12.2020 r.                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE POLMED                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-845, UL. PUŁAWSKA 410A                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 646 18 96                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 192110780                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                |                                    |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                              |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-845, PUŁAWSKA 410A                               | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 646 18 96                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-105, UL. TWARDA 18                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 202 68 68                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-733, UL. TARGOWA 24                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 100 63 78                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 02-675 WARSZAWA, UL. WOŁOSKA 16                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 278 71 20                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-844, UL. GRZYBOWSKA 61                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 417 43 00                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 430</b> | od 31.12.2020 r.                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ TALMED SPÓŁKA CYWILNA - HELENA WĄGRODZKA, JAN WĄGRODZKI |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RUDA TALUBSKA 08-400, UL. AKACJOWA 45                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 683 10 45                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 711651483                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RUDA TALUBSKA 08-400, UL. AKACJOWA 45                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 683 10 45                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 431</b> | od 31.12.2020 r.                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | POLMEDIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. GRANICZNA 24                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 386 90 60                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 672726914                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                              | 4                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. TORUŃSKA 1                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 386 90 60                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 432</b> | od 31.12.2020 r.                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |



|                                                     |                                                                                               |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | "CENTRUM MEDYCZNE JÓZEFÓW" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JÓZEFÓW 05-410, UL. ARMII KRAJOWEJ 5                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 506 986 956                                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 142731765                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JÓZEFÓW 05-410, UL. ARMII KRAJOWEJ 5                                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 506 986 956                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OTWOCK, 05-400, UL.ŚWIDERSKA 9/11                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 502042347                                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 433</b> | od 31.12.2020 r.                                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA "FAMILIA" T.S.A. GUGAŁA                                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOZIENICE 26-900, UL. RODZINNA 24                                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 382 05 11                                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 360102569                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOZIENICE 26-900, UL. RODZINNA 24                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 382 05 11                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 434</b> | od 31.12.2020 r.                                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MIROWIE                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIRÓW STARY 26-503, MIRÓW STARY 27                                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 628 39 21                                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 672979236                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIRÓW STARY 26-503, MIRÓW STARY 27                                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 628 39 21                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 435</b> | od 31.12.2020 r.                                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICAL-WEST" S.C. REGINA GODLEWSKA, DARIUSZ GODLEWSKI |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CIECHANÓW 06-400, UL. MONTE CASSINO 31                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 691 60 37                                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 130853696                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO                                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŚWIERCZE 06-150, UL. ZWYCIĘSTWA 30                                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 691 60 37                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                    |

|                                                     |                                                                                                            |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 436</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | KRZYSZTOF BIAŁEK                                                                                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRZASNYSZ 06-300, UL. ALEJA WOJSKA POLSKIEGO 9                                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 602 831 857                                                                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 141378309                                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRZYNOWŁOGA MAŁA 06-316, UL. PRZASNYSKA 6                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 751 27 11                                                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 437</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | DOROTA TERESA BIELACZYK-BĘBEN                                                                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. NASYPOWA 5A/1                                                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 603 199 518                                                                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 360878324                                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                            | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, KILIŃSKIEGO 15/17                                                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 887 199 518/603 199 518                                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 438</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PULS" S.C MARIA MACIOSZCZYK JADWIGA MORKA DANUTA SIERZPUTOWSKA-KUBA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSZKÓW 07-200, UL.GE. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 27                                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 742 33 42/29 741 01 10                                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550727420                                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                            | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSZKÓW 07-200, UL.GE. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 27                                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 741 01 10                                                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 439</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ANNA SHELIGA WÓJCIK - CENTRUM OPTYCZNO OKULISTYCZNE SHELIGA                                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŻYRARDÓW 96-300,UL. 1 MAJA 23A                                                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 534 305 752                                                                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 75049157200031                                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ ŻYRARDÓW                                                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŻYRARDÓW 96-300,UL. 1 MAJA 23A                                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 534 305 752                                                                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 440</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NOWOCZESNE CENTRUM MEDYCZNE OKOKLINIK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA           |                                    |

|                                                     |                                                                         |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-493, UL. ORLICH GNIAZD 8/13                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 605 039 030                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 141224658                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-495, UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 2                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 798 899 099                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 441</b> | od 31.12.2020 r.                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCYNY I REHABILITACJI ARTKINEZIS SP. Z O.O. SP. K.           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PĘCICE 05-806, UL. KWIATÓW POLNYCH 4                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 46 858 10 90                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 362524895                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŻYRARDÓW 96-300, UL. WIEJSKA 19/21                                      | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 46 858 10 90                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 442</b> | od 31.12.2020 r.                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GÓRZNIE                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GÓRZNO 08-404, UL.KARD. ST. WYSZYŃSKIEGO 6                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 681 22 22 /608 479 829                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 711654493                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZ POZ                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GÓRZNO 08-404, UL.KARD. ST. WYSZYŃSKIEGO 6                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 25 681 22 22 /608 479 829                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 443</b> | od 31.12.2020 r.                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | TERESA MIECZYŚŁAWA KAWKA-URBANEK                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SKIERNIEWICE, 96-100, UL. ŁOWICKA 41                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 601 264 293                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 750275934                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | BAKOMA SP. Z O.O.                                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ELŻBIETÓW, 96-516, ELŻBIETÓW 48                                         | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 46 864 07 08                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 31.03.2021 r.                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 444</b> | od 31.12.2020 r.                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MIEJSKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 2 W WOŁOMINIE |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOŁOMIN 02-200, UL. WILEŃSKA 74                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 776 26 56                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 017245116                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                    |                                    |

|                                                     |                                                                      |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOŁOMIN 02-200, UL. WILEŃSKA 74                                      | 3                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 787 54 16/22 400 56 79/22 776 26 56/22 787 51 06                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 445</b> | od 31.12.2020 r.                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA VITA MED SP. Z O.O. SP. K.                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-982, UL. MEISSNERA 7                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 266 88 90                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 017248741                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZY POZ                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-982, UL. MEISSNERA 7                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 579 759 742                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZY POZ                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-984, UL. JANA NOWAKA-JEZIORAŃSKIEGO 6                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 690 795 598                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 446</b> | od 31.12.2020 r.                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRYWATNA PRAKTYKA LEKARSKA KARINA FELBERG                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GŁOSKÓW LETNISKO 05-503, UL. KLONOWA 5                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 795 408 068                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 142050077                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | LF MEDICAL CLINIC                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-811, UL. MAKOLĄGWY 20 B                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 795 408 068                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 11.06.2021 r.                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>PSP LESZNOWOLA - SUN LOGISTIC PARK | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STARA IWICZNA, 05-506, UL. SŁONECZNA 116 A                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 795 408 068                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 23.04.2021 r.                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 11.05.2021 r.                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 447</b> | od 31.12.2020 r.                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | DAGMARA NAWARRA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>SANUS       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SŁUBICE 09-533, UL. PŁOCKA 46                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 277 80 37                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 611004806                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SŁUBICE 09-533, UL. PŁOCKA 46                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 277 80 37                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 448</b> | od 31.12.2020 r.                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                   |                                                                        |                                    |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                            | CENTRUM MEDYCZNO-DIAGNOSTYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, UL. NIKŁOWA 9                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 25 785 60 29                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                               | 71052989200024                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NUR 07-322, UL. DROHICZYŃSKA 8                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 862 774 063                                                            | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLEŚNICA 08-117, OLEŚNICA 132                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 25 785 60 66                                                           | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POŚWIĘTNE 05-326, UL. SZKOLNA 4                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 25 786 07 09                                                           | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PUSTELNIK 05-305, UL. SZKOLNA 16                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 22 417 33 86                                                           | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, UL. KSIĘDZA JANA NIEDZIAŁKA 14                         |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 25 785 60 01                                                           | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, UL. GENERAŁA FRANCISZKA KLEBERGA 2                     |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 25 785 60 40                                                           | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>             |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRACHÓWKA 05-282, UL. CYPRIAN KAMILA NORWIDA 7                        |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 25 785 69 01                                                           | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>             |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STERDYŃ 08-320, UL. LIPOWA 1A                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 25 785 69 11                                                           | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>             |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                        |                                    |

|                                                   |                                              |                                    |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-536, UL. LUDWIKA NARBUTTA 29     | 1                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 849 51 14                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10</b>            |                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIERZBNO 07-111, WIERZZBNO 88                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 25 793 44 69                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 11</b>            |                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ANDRZEJEWO 07-305, UL. SREBIŃSKA 11          |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 862 223 444                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 12</b>            |                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELANY-ŻYŁAKI 08-311, UL. PODLASKA 10       |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 25 786 05 71                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 13</b>            |                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CERANÓW 08-322, CERANÓW 25                   |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 25 785 61 16                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 14</b>            |                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĘBE WIELKIE 05-311, UL.SZKOLNA 17           |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 25 785 60 87                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 15</b>            |                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOMANICE KOLONIA 08-113, DOMANICE KOLONIA 17 |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 25 785 60 55                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 16</b>            |                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HOŁUBLA 08-107, UL. SIEDLECKA 68             |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 25 785 60 83                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 17</b>            |                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LATOWICZ 05-334, UL. ŚWIĘTEGO DUCHA 30       |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 25 785 61 00                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 18</b>            |                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | GABINET SZCZEPIEŃ                            | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIŃSK MAZOWIECKI 05-300, UL. DĄBRÓWKI 52     |                                    |

|                                                     |                                                                                                                   |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 25 785 60 51                                                                                                      | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 19</b>              |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ DRIVE-THRU<br>MIŃSK MAZOWIECKI                                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIŃSK MAZOWIECKI, 05-300, UL. DĄBRÓWKI 52                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 633 35 55                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 15.04.2021 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 20</b>              |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>DRIVE-THRU - JÓZEFÓW                                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JÓZEFÓW, 05-420, UL. DŁUGA 44                                                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 789 89 89                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 17.05.2021 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 21</b>              |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GARWOLIN, 08-400, UL. KORCZAKA 35                                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 633 35 55                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 22</b>              |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIEDLCE, 08-100, UL. ROMANÓWKA 19                                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 633 35 55                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 23</b>              |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ TŁUSZCZ                                                                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TŁUSZCZ, 05-240, UL. POWSTAŃCÓW 27                                                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 643 13 00                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 19.05.2021 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 24</b>              |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- DRIVE-THRU - SIEDLCE<br>(PARKING PRZY STADIONIE PIŁKARSKIM ARMS<br>W SIEDLCACH) | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIEDLCE, 08-110, UL. JANA PAWŁA 6                                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 633 35 55                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 24.05.2021 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 449</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | VITA KRZYSZTOF GROCHULSKI SPÓŁKA JAWNA                                                                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BULKOWO KOLONIA 09-454, UL. PŁOCKA 59                                                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 265 20 26                                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 61140980000020                                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWY PIELĘGNIARSKI                                                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BULKOWO KOLONIA 09-454, UL. PŁOCKA 59                                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 265 20 26                                                                                                      |                                    |



|                                                     |                                                                                       |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 450</b> | od 31.12.2020 r.                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | JAROSŁAW BARTOSZUK NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>OŚRODEK ZDROWIA W KORNICY |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STARA KORNICA 08-205, STARA KORNICA 201                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 833 587 821                                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 030231510                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STARA KORNICA 08-205, STARA KORNICA 201                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 833 587 821                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 451</b> | od 31.12.2020 r.                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE MARKI                                                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MARKI 05-270, UL. KASZTANOWA 8                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 674 15 53/500 898 895                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 147329200                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE MARKI                                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MARKI 05-270, UL. KASZTANOWA 8                                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 674 15 53                                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 452</b> | od 31.12.2020 r.                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SP ZOZ W<br>SIEDLCACH                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIEDLCE 08-110, UL. WAŁOWA 1                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 63 338 04                                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 710301172                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                       | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIEDLCE 08-110, UL. WAŁOWA 1                                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 63 222 18/261 351 386/511 178 840                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 453</b> | od 31.12.2020 r.                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | "SALUS"SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOLA GOŁKOWSKA 05-503, UL. RYBNA 11                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 600 800 591                                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 1632736100024                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MROKÓW 05-552, UL. JÓZEFA GÓRSKIEGO 4                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 756 15 92/22 756 12 38                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MAGDALENKA 05-506, UL. SŁONECZNA 273                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 757 99 64/22 727 12 84                                                             |                                    |

|                                                     |                                                                                                                   |                                |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                     |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                   |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 454</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GIELNIOWIE                                                       |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GIELNIÓW 26-434, UL. PIŁSUDSKIEGO 47                                                                              |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 48 672 00 14                                                                                                      |                                |
| identyfikator REGON                                 | 670230505-00020                                                                                                   |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                   |                                |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                              | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GIELNIÓW 26-434, UL. PIŁSUDSKIEGO 47                                                                              |                                |
| telefon/ telefony                                   | 48 672 00 14                                                                                                      |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                     |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                   |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 455</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA ZDROWIA „HIPOKRATES”                                                                                  |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-417, UL. POLNA 17                                                                                    |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 29 769 01 90                                                                                                      |                                |
| identyfikator REGON                                 | 550040947                                                                                                         |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                   |                                |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA ZDROWIA „HIPOKRATES”                                                                                  | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-417, UL. POLNA 17                                                                                    |                                |
| telefon/ telefony                                   | 29 769 01 90                                                                                                      |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                     |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                   |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 456</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | SŁAWOMIR MAJEWSKI - NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO LEK. MED. SŁAWOMIR MAJEWSKI |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RZAŚNIK 07-205, UL. JESIONOWA 65                                                                                  |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 29 741 98 69                                                                                                      |                                |
| identyfikator REGON                                 | 55045501600034                                                                                                    |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                   |                                |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO DLA DOROSŁYCH I DZIECI                                                                | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RZAŚNIK 07-205, UL. JESIONOWA 65                                                                                  |                                |
| telefon/ telefony                                   | 29 741 98 69                                                                                                      |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                     |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                   |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 457</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHYNOWIE                                                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CHYNÓW 05-650, UL. GŁÓWNA 56                                                                                      |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 533 812 337                                                                                                       |                                |
| identyfikator REGON                                 | 670937038                                                                                                         |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                   |                                |
| nazwa:                                              | GABINET PIELĘGNIARKI POZ                                                                                          | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DRWALEW 05-651, UL. GRÓJECKA 12                                                                                   |                                |
| telefon/ telefony                                   | 514 972 369                                                                                                       |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                     |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                   |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 458</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b> |

|                                                     |                                                                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA - OCHOTA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-353, UL. SZCZĘŚLIWICKA 36                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 822 88 53                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 10202670                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-377, UL. SKARŻYŃSKIEGO 1                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 822 32 21 do 25                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-496, UL. KADŁUBKA 18                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 822 32 21 do 25                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA REJONOWO-SPECJALISTYCZNA, UL. SZCZĘŚLIWICKA                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-353, UL. SZCZĘŚLIWICKA 36                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 822 32 21 do 25                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.01.2021 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA REJONOWO-SPECJALISTYCZNA UL. SANOCKA                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-110, UL. SANOCKA 6                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 822 32 21 do 25                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.01.2021 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA REJONOWO-SPECJALISTYCZNA, UL. SOSNKOWSKIEGO                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-495, UL. SOSNKOWSKIEGO 18                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 822 32 21 do 25                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.01.2021 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE RASZYN                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRUSZKÓW 05-090, UL. PRUSZKOWSKA 52                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 822 32 21 do 25                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.01.2021 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA REJONOWO-SPECJALISTYCZNA, UL. WOJCIECHOWSKIEGO 58                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-353, UL. WOJCIECHOWSKIEGO 58                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 516 838 259                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 459</b> | od 31.12.2020 r.                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA GROS-MED ŁUCJA GROSSMANN                                  |                                    |

|                                                     |                                                                                              |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RZEWNIE 06-225, RZEWNIE 51                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 761 34 86                                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 5500620500 06-225                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RZEWNIE 06-225, RZEWNIE 51                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 761 34 66                                                                                 | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 460</b> | od 31.12.2020 r.                                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | JOLANTA PIECH-BUBIEŃ - NZOZ "PANACEUM"                                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KORYTNICA, 07-120, MAŁKOWSKIEGO 20                                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 256612221                                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 71025153400020                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEN                                                                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KORYTNICA 07-120, UL. MAŁKOWSKIEGO 20/1                                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 661 22 21                                                                                 | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 461</b> | od 31.12.2020 r.                                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA<br>LEKARSKA ZDROWIE ALMA KATARZYNA SIERANT |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CZERWIN 07-407, UL. PARKOWA 1                                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 761 45 88                                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550664814                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CZERWIN 07-407, UL. PARKOWA 1                                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 761 45 88                                                                                 | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL. PPŁK. ŁUKASZA CIEPLIŃSKIEGO "PŁUGA" 4/4                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 577 390 290                                                                                  | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 462</b> | od 31.12.2020 r.                                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE GAJDA-MED                                                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PUŁTUSK 06-100, UL. PIOTRA SKARGI 23/29                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 692 13 70                                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 130135908                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PUŁTUSK 06-100, UL. PIOTRA SKARGI 23/29                                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 692 13 70                                                                                 | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ-FILIA W MŁYNARZACH                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MŁYNARZE 06-231, UL. OSTROŁĘCKA 7A                                                           |                                    |
|                                                     |                                                                                              | 1                                  |

|                                                   |                                                        |                                    |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                 | 602 714 311                                            | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PORADNIA LEKARZA POZ-FILIA W NIEDZBORZU                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIEDZBÓRZ 06-458, NIEDZBÓRZ 36                         |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 664 435 183                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PORADNIA LEKARZA POZ                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PNIEWO 07-214, UL. STRAŻACKA 2                         |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 29 742 22 29                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PORADNIA LEKARZA POZ-SOŃSK                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOŃSK 06-430, UL. CIECHANOWSKA 21                      |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 664 956 819                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PORADNIA LEKARZA POZ-GOŁYMIN-OŚRODEK                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOŁYMIN-OŚRODEK 06-420, UL. NOWA 7                     |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 608 103 249                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>             |                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PORADNIA LEKARZA POZ W ZARĘBACH                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZARĘBY 06-333, ZARĘBY 117                              |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 29 751 62 12                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>             |                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO FILIA WIECZFANIA KOŚCIELNA | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIECZFANIA KOŚCIELNA 06-513, WIECZFANIA KOŚCIELNA 44   |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 23 654 00 10                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>             |                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PORADNIA LEKARZA POZ                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADZANÓW 06-540, UL. RACIĄŻSKA 33                      |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 23 679 80 11                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10</b>            |                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PORADNIA LEKARZA POZ W KONOPKACH                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KONOPKI 06-560, KONOPKI 8                              |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 23 653 20 10                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 11</b>            |                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PORADNIA LEKARZA POZ W SZULBORZU WIELKIM               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZULBORZE WIELKIE 07-324, UL. SŁONECZNA 1              |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 505 809 940                                            |                                    |

|                                                     |                                                                                 |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 463</b> | od 31.12.2020 r.                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | HIPOKRATES S.C. ROBERT GAJDA, JAN SADOWSKI                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-641, UL. ŻUŁAWSKIEGO 2                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 848 18 57                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | "016264235                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ DLA DZIECI I DOROSŁYCH                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-641, UL. WAWRZYŃSKA ŻUŁAWSKIEGO 2                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 848 18 57                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 464</b> | od 31.12.2020 r.                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ROBERT GAJDA JAN SADOWSKI NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SAN-MEDICA S.C. |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JERUZAL 05-317, UL. SZKOLNA 6                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 752 32 22                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 711678967                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA MEDYCyny RODZINNEJ                                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JERUZAL 05-317, UL. SZKOLNA 6                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 752 32 22                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 465</b> | od 31.12.2020 r.                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | DR MEDYK SP. Z O.O.                                                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PACYNIA 09-541, UL. WYZWOLENIA 11                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 235 13 05                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 369135850                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET PIELĘGNIARKI POZ                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZCZAWIN KOŚCIELNY 09-550, UL. JANA PAWŁA II 7                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 235 13 05                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET PIELĘGNIARKI POZ                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PACYNIA 09-541, UL. WYZWOLENIA 11                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 285 80 25                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 466</b> | od 31.12.2020 r.                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE BIMED SP. Z O.O.                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-797, AL. KEN 20A/5                                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 533 356 365                                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 147415543                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ DLA DOROSŁYCH I DZIECI                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MSZCZONÓW 96-320, UL. SIENKIEWICZA 30                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 46 857 99 99                                                                    |                                    |

|                                                     |                                                                               |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 467</b> | od 31.12.2020 r.                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRZEWIE                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZAKRZEW-KOLONIA 26-652, ZAKRZEW-KOLONIA 12                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 610 51 24                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 672031840                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZAKRZEW-KOLONIA 26-652, ZAKRZEW-KOLONIA 12                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 610 51 24                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 468</b> | od 31.12.2020 r.                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIASKÓW KOŚCIELNY 08-420, UL. KOCHANOWSKIEGO 6                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 754 41 23                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 711584717                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA POZ                                                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIASKÓW KOŚCIELNY 08-420, UL. KOCHANOWSKIEGO 6                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 754 41 23                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 469</b> | od 31.12.2020 r.                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ANCLARA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - ANCLARA HEALTH & AESTHETICS |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-511, UL. DOMINIKA MERLINIEGO 9/9                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 500 550 040                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 38528691400019                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINETY LEKARSKIE                                                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-624, UL. PUŁAWSKA 136 /61                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 500 550 040                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 470</b> | od 31.12.2020 r.                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO BEATA GADEK                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL. PIŁSUDSKIEGO 40                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 333 50 08/665 612 200                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550070411                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL. PIŁSUDSKIEGO 40                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 333 50 08/665 612 200                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 471</b> | od 31.12.2020 r.                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | "HEALTHCARE INTERNATIONAL" D.M. OSSOWSCY SPÓŁKA JAWNA                         |                                    |



|                                                     |                                                                                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-951, UL. CHORĄGWI PANCERNEJ 50                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 606 336 677                                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 16097671                                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ                                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-951, UL. CHORĄGWI PANCERNEJ 50                                                     | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 728 217 121                                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 472</b> | od 31.12.2020 r.                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-097, UL. JANA NIELUBOWICZA 5                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 599 18 01                                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 16415800                                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-097, UL. JANA NIELUBOWICZA 5                                                       | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 599 18 00                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 473</b> | od 31.12.2020 r.                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ESKULAPEK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-713, GRUPY AK PÓŁNOC 4/U20                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 222542222                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 368343982                                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA PEDIATRYCZNA ESKULAPEK                                                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-713, UL. GRUPY AK PÓŁNOC 4/U20                                                     | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 414 11 00                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 08.01.2021 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 474</b> | od 31.12.2020 r.                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GABINET PEDIATRYCZNY "ESKULAPEK", ELŻBIETA MALINOWSKA                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-972, UL. SARMACKA 1B/21                                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 604 322 312                                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 50545930                                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET PEDIATRYCZNY "ESKULAPEK"                                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-972, UL. SARMACKA 1B/21                                                            | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 375 85 27                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 475</b> | od 31.12.2020 r.                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | BOŻENA KOCISZEWSKA-NAJMAN                                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-972, UL. SARMACKA 18/93                                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 601 458 195                                                                                    |                                    |

|                                                     |                                                                                                            |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                                 | 002748240                                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE PROFILAKTYKI,<br>DIAGNOSTYKI I TERAPII MAŁEGO DZIECKA                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-972, UL. SARMACKA 18/93                                                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 601 458 195                                                                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 476</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | VITAL MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ<br>SPÓŁKA KOMANDYTOWA                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY DWÓR MAZOWIECKI, 05-100,<br>UL. SUKIENNA 78                                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 390 55 77                                                                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 360117246                                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | VITAL MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ<br>SPÓŁKA KOMANDYTOWA                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY DWÓR MAZOWIECKI 05-100,<br>UL. SUKIENNA 78                                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 390 55 77                                                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 477</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PANORAMIK CENTRUM DIAGNOSTYCZNE ZBIGNIEW KARDASZ,<br>BARTŁOMIEJ KARDASZ, AGNIESZKA BRZOZOWSKA-KARDASZ S.C. | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-052, UL. ŚWIĘTOKRZYSKA 18                                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 570 585 670                                                                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 147044733                                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PANORAMIK CENTRUM DIAGNOSTYCZNE ZBIGNIEW KARDASZ,<br>BARTŁOMIEJ KARDASZ, AGNIESZKA BRZOZOWSKA-KARDASZ S.C. | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-052, UL. ŚWIĘTOKRZYSKA 18                                                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 570 585 670                                                                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 478</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GABINET STOMATOLOGICZNY SMILE INSTITUTE W ZWOLENIU                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZWOLEŃ 26-700, UL. WOJSKA POLSKIEGO 91                                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 815 112 150                                                                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 36226898900012                                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET STOMATOLOGICZNY SMILE INSTITUTE W ZWOLENIU                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZWOLEŃ 26-700, UL. WOJSKA POLSKIEGO 91                                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 815 112 150                                                                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 479</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W<br>SULEJÓWKU                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SULEJÓWEK 08-070, UL. IDZIKOWSKIEGO 7B                                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 783 55 06                                                                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 13008632                                                                                                   |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                      |                                                                        | liczba zespołów (w miejscu)    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SULEJÓWKU             | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SULEJÓWEK 05-071, UL. ARMII KRAJOWEJ 21                                |                                |
| telefon/ telefony                                   | 507 877 683                                                            |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                          |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                        |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 480</b> | od 31.12.2020 r.                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | KATARZYNA ZIELIŃSKA                                                    |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-335, UL. SYROKOMLI 16                                      |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 22 676 78 71                                                           |                                |
| identyfikator REGON                                 | 146157369                                                              |                                |
|                                                     |                                                                        |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                      |                                                                        | liczba zespołów (w miejscu)    |
| nazwa:                                              | NZOZ EZMED                                                             | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-335, UL. SYROKOMLI 16                                      |                                |
| telefon/ telefony                                   | 22 676 78 71                                                           |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                          |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                        |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 481</b> | od 31.12.2020 r.                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | OBOOK LASU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                     |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-116, UL. ŚWIĘTOKRZYSKA 30                                  |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 25 752 54 10                                                           |                                |
| identyfikator REGON                                 | 383159710                                                              |                                |
|                                                     |                                                                        |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                      |                                                                        | liczba zespołów (w miejscu)    |
| nazwa:                                              | OBOOK LASU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                     | 2                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRĘBISZEW 05-300, UL. ROZWOJOWA 79                                     |                                |
| telefon/ telefony                                   | 25 752 54 10                                                           |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                          |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                        |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 482</b> | od 31.12.2020 r.                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | BELLESA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                    |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOBYŁKA 05-230, UL. NAPOLEONA 20                                       |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 572 034 488                                                            |                                |
| identyfikator REGON                                 | 363024901                                                              |                                |
|                                                     |                                                                        |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                      |                                                                        | liczba zespołów (w miejscu)    |
| nazwa:                                              | BELLESA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                    | 2                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOBYŁKA 05-230, UL. NAPOLEONA 20                                       |                                |
| telefon/ telefony                                   | 572 034 488                                                            |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                          |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                        |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                      |                                                                        | liczba zespołów (w miejscu)    |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - ZESPÓŁ SZKÓŁ PUBLICZNYCH NR 2 W KOBYŁCE | 6                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOBYŁKA, 05-230, UL. ELIZY ORZESZKOWEJ 3/5                             |                                |
| telefon/ telefony                                   | 510 519 240                                                            |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 23.04.2021 r.                                                          |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                        |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 483</b> | od 31.12.2020 r.                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b> |

|                                                     |                                                                                    |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE ZANMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | HALINÓW 05-074, UL. PIŁSUDSKIEGO 33                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 505 034 672                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 13280009                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE ZANMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | HALINÓW 05-074, UL. PIŁSUDSKIEGO 33                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 505 034 672                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 484</b> | od 31.12.2020 r.                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE EWA BURGHARD I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL. 11 LISTOPADA 51                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 760 38 67                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 142061649                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCZNE                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL. 11 LISTOPADA 51                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 297603867                                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 09.09.2021 r.                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCZNE                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RÓŻAN 06-230, UL. GDAŃSKA 2                                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 533 888 029                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 31.05.2021 r.                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                               | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA, 07-410, UL. 11 LISTOPADA 37                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 503 720 317                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 01.06.2021 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 24.08.2021 r.                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 485</b> | od 31.12.2020 r.                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | HIPOKRATES WĘGRÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WĘGRÓW 07-100, UL. GDAŃSKA 80 E                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 792 51 76                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 386172070                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | HIPOKRATES WĘGRÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WĘGRÓW 07-100, UL. GDAŃSKA 80 E                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 792 51 76                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 486</b> | od 31.12.2020 r.                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE COMPLEX - MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ             |                                    |

|                                                     |                                                                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIŃSK MAZOWIECKI 05-300, PL. KLIŃSKIEGO 4 LOK 1.2                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 740 20 60                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 380168720                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE COMPLEX - MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIŃSK MAZOWIECKI 05-300, PL. KLIŃSKIEGO 4 LOK 1.2                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 25 740 20 60                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 487</b> | od 31.12.2020 r.                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | POLSKI KOMITET POMOCY SPOŁECZNEJ                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-490, UL. WIEJSKA 18/20                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 628 89 48                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 007023760                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | LECNICA ROMA RN PKPS                                                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-116,<br>UL. ŚWIĘTOKRZYSKA 30 L.152                                 | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 629 44 17                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA REHABILITACYJNA                                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-367, UL. GRÓJECKA 118                                             | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 501 384 049                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 488</b> | od 31.12.2020 r.                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GÓRZE KALWARII                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GÓRA KALWARIA 05-530, UL. PORUCZNIKA. JANA BIAŁKA 4                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 727 32 46                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 016181880                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ - SPZOZ GÓRA KALWARIA                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GÓRA KALWARIA 05-530, UL. PORUCZNIKA. JANA BIAŁKA 4                            | 2                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 727 32 46                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | FILIA SPZOZ W BANIOSZE                                                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BANIOCHA 05-532, UL. PUŁAWSKA 2A                                               | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 727 32 46                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 23.02.2021 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 489</b> | od 31.12.2020 r.                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | STOLECZNE CENTRUM OPIEKUŃCZO-LECZNICZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-131, UL. MEHOFFERA 72/74                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 577 004 660                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 146613264                                                                      |                                    |

|                                                     |                                                                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-131 , UL. MEHOFFERA 72/74                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 811 06 88                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 490</b> | od 31.12.2020 r.                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ESKULAP CENTRUM MEDYCZNE W CIECHANOWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CIECHANÓW 06-400 , UL. NARUTOWICZA 20                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 661 84 00                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 140908366                                                                      |                                    |
|                                                     |                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWY                                                              | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CIECHANÓW 06-400 , UL. NARUTOWICZA 20                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 661 84 00                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 491</b> | od 31.12.2020 r.                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE FUNDAMENTI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZĄBKI 05-091 , UL. KS. I. SKORUPKI 37A                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 400 13 77                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 360706066                                                                      |                                    |
|                                                     |                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE FUNDAMENTI                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZĄBKI 05-091 , UL. KS. I. SKORUPKI 37A                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 400 13 77                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - DRIVE-THRU<br>MIASTEczKO RUCHU DROGOWEGO ZĄBK   | 4                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZĄBK, 05-091 , UL. TĘCZOWA 16                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 787 957 740                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 28.04.2021 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 492</b> | od 31.12.2020 r.                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MEDISPACE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-044 , UL. SPOKOJNA 5                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 503 191 950                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 36156403600019                                                                 |                                    |
|                                                     |                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT POBRAŃ MATERIAŁÓW DO BADAŃ                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-044 , UL. SPOKOJNA 5                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 660 428 754                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 493</b> | od 31.12.2020 r.                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA-ŻOLIBORZ   |                                    |

|                                                   |                                        |                                    |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-637 , UL. SZAJNOCHY 8      |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 22 833 58 88                           |                                    |
| identyfikator REGON                               | 31409800044                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT POBRAŃ MATERIAŁÓW DO BADAŃ       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 00-637 WARSZAWA, UL. SZAJNOCHY 8       | 1                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 833 14 77                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PORADNIA LEKARZA POZ - SPZZLO          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-922, UL. CONRADA 15        | 1                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 833 14 77                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PORADNIA LEKARZA POZ - SPZZLO          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMIANKI 05-092, UL. SZPITALNA 6       | 1                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 833 14 77                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PORADNIA POŁOŻNEJ POZ - SPZZLO         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-887, UL. ŻEROMSKIEGO 13    | 1                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 833 14 77                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA ELBLĄSKA                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-637, UL. ELBLĄSKA 35       | 1                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 833 14 77                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 02.02.2021 r.                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA KOCHANOWSKIEGO             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-922, UL. KOCHANOWSKIEGO 19 | 1                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 833 14 77                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 02.02.2021 r.                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>             |                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA KLAUDYNY                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-887, UL. KLAUDYNY 26 B    | 1                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 833 14 77                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 02.02.2021 r.                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>             |                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNI FELIŃSKIEGO                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-513, UL. FELIŃSKIEGO 8    | 1                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 833 14 77                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2021 r.                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>             |                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |



|                                                     |                                                                                        |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA KLECZEWSKA                                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-826, UL. KLECZEWSKA 56                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 833 14 77                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.04.2021 r.                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10</b>              |                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA SPECJLISTYCZNA DLA DZIECI I MŁODZIEŻY - KOCHOWSKIEGO                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-574, UL. KOCHOWSKIEGO 4                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 833 14 77                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.04.2021 r.                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 11</b>              |                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA SIECIECHOWSKA                                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-928, UL. SIECIECHOWSKA 4                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 833 14 77                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.04.2021 r.                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 12</b>              |                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA WRZECIONO                                                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-961, UL. WRZECIONO 10 C                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 833 14 77                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.04.2021 r.                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 494</b> | od 31.12.2020 r.                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-781, UL. ROENTGENA 5                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 546 22 14                                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 000288366                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA MEDYCYNY PRACY                                                                | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-781, UL. ROENTGENA 5                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 546 32 76                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 495</b> | od 31.12.2020 r.                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NOVIS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. A. STRUGA 60/ACM                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 601 332 040                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 92960530                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NOVIS SP. Z O.O.                                                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. A. STRUGA 60/ACM                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 502 392 113                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 496</b> | od 31.12.2020 r.                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | JAROSŁAW BARTOSZUK                                                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STARA KORNICA 08-205, STARA KORNICA 201                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 833 587 821                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 30231510                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                          |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STARA KORNICA 08-205, STARA KORNICA 201                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 833 587 821                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 497</b> | od 31.12.2020 r.                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NASMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-984,<br>UL. JANA NOWAKA-JEZIORAŃSKIEGO 7/184                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 721 000 112                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 145558267                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          |                                    |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA MEDYCZNA                                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 03-984 WARSZAWA 03-984,<br>UL. JANA NOWAKA-JEZIORAŃSKIEGO 7/184          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 721 000 112                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 498</b> | od 31.12.2020 r.                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA CENTRUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIONKI 26-670, UL. MICKIEWICZA 26                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 612 93 34                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 145488710                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          |                                    |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                          | 4                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIONKI 26-670, UL. MICKIEWICZA 26                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 612 93 34                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                          | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | POŚWIĘTNE 26-670, POŚWIĘTNE 26                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 612 02 25                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 499</b> | od 31.12.2020 r.                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNĄ RODZINNA" SPÓŁKA CYWILNA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSUCHÓW 96-323, UL. PIEKARSKA 4                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 46 857 44 72                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 750137385                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          |                                    |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNĄ RODZINNA" SPÓŁKA CYWILNA | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSUCHÓW 96-323, UL. PIEKARSKA 4                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 46 857 44 72                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNĄ RODZINNA" SPÓŁKA CYWILNA | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADZIEJOWICE 96-325, UL. SŁONECZNA 2                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 46 857 71 17                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                            |                                    |

|                                                     |                                                                                                    |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNĄ RODZINNA" SPÓŁKA CYWILNA                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŻABIA WOLA 96-321, UL. WARSZAWSKA 24                                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 46 857 82 13                                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNĄ RODZINNA" SPÓŁKA CYWILNA                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GUZÓW 96-317, UL. OGIŃSKIEGO 2                                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 46 856 84 26                                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNĄ RODZINNA" SPÓŁKA CYWILNA                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JAKTORÓW 96-313, UL. WARSZAWSKA 3                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 46 856 40 29                                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>               |                                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNĄ RODZINNA" SPÓŁKA CYWILNA                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WISKITKI 96-315, PL. WOLNOŚCI 5                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 46 856 72 13                                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 500</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SOLUM GROUP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-097, UL. S. BANACHA 14/9                                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 666 079 426                                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 365779740                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KONSTANCIN-JEZIORNA 05-520,<br>UL. WARSZAWSKA 22                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 666 079 426                                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 501</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYZCHODNIA LEKARSKA NEUROMEDYKA EMILIA KOTIEWSKA-AVRAMČEVA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŻYRARDÓW 96-300, UL. OKRZEI 51C                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 46 854 22 21, 46 855 84 84                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 750345712                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) LEKARZA RODZINNEGO                                                              | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŻYRARDÓW 96-300, UL. OKRZEI 51C                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 46 895 23 33                                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                                                        |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>HALA SPORTOWA SP NR 2 W ŻYRARDOWIE                                   | 4                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŻYRARDÓW, 96-300, UL. NARUTOWICZA 39 A                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 887 791 225, 665 666 357                                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 502</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA "REMEDIUM" ANDRZEJ KEMPISTY                                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁONIAWY-BRAMURA 06-210,<br>PŁONIAWY-BRAMURA 82                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 717 80 17                                                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 55009001700048                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁONIAWY-BRAMURA 06-210,<br>PŁONIAWY-BRAMURA 82                                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 717 80 17                                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 503</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | UNIWERSYTECKIE CENTRUM ZDROWIA KOBIETY I NOWORODKA<br>WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO SP. Z O.O. |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-015,<br>UL. PLAC SOKRATESA STARYNKIEWICZA 1/3                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 370 27 46                                                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 146726100                                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | UNIWERSYTECKIE CENTRUM ZDROWIA KOBIETY I NOWORODKA<br>WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO SP. Z O.O. | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-015,<br>UL. PLAC SOKRATESA STARYNKIEWICZA 1/3                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 530 03 43                                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 504</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA JULIAN KOLWAS                                                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIASECZNO 05-500, SZKOLNA 16                                                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 570 817 219                                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 142549807                                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH                                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIASECZNO 05-500, SZKOLNA 16                                                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 757 22 77                                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 20.01.2021 r.                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 505</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | "REKOL - MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-744, UL. SONATY 5 LOK. U1                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 647 12 52                                                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 008421793                                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ REKOL - MED                                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-743, UL. J. S. BACHA 2                                                                     |                                    |

|                                                     |                                                                                          |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 22 843 68 13                                                                             | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 08.09.2021                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ REKOL - MED                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-744, UL. SONATY 5 LOK. U1                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 843 68 13                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 09.09.2021 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 506</b> | od 31.12.2020 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO MARZENA ZAŁUSKA                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410,<br>UL. KADM. WŁODZIMIERZA STEYERA 2E                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 760 50 63                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550070167                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410,<br>UL. KADM. WŁODZIMIERZA STEYERA 2E                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 760 50 63                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 507</b> | od 31.12.2020 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SOBIENIACH JEZIORACH                    | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOBIENIE-JEZIORY 08-443, UL. TYSIĄCLECIA 2                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 685 80 26                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 711584054                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SPZOZ SOBIENIE -JEZIORY                                                                  | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOBIENIE-JEZIORY 08-443, UL. TYSIĄCLECIA 2                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 685 80 26                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 508</b> | od 31.12.2020 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE VINEA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARKA 05-660,<br>UL. JANA CHRZYSTOMA PASKA 3                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 334 40 91/510 570 011                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 369694608                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE VINEA                                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARKA 05-660,<br>UL. JANA CHRZYSTOMA PASKA 3                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 510 570 011                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 509</b> | od 31.12.2020 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MAŁECKA MONIKA NZOZ PORADNIA RODZINNA                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LIPSKO 27-300, UL. 1 MAJA 79                                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 378 26 29                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 670224380                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-PORADNIA RODZINNA MONIKA MAŁECKA - PUNKT SZCZEPIEŃ |                                    |

|                                                     |                                                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LIPSKO 27-300, UL. 1 MAJA 79                                   | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 48 378 14 50                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 510</b> | od 31.12.2020 r.                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MED-AGE AGATA KASPEROWICZ                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-986, UL. CELULOZY 107 ZR LOK. 1                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 575 784 890                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 383059893                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | MED-AGE                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-986, UL. CELULOZY 107 ZR LOK. 1                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 575 784 890                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 511</b> | od 31.12.2020 r.                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | INDYWIDUALNA SPACJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA EWA LANGE       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-465,<br>UL. 29 LISTOPADA 18A LOK. U3               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 501 463 500                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 272754053                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA EWA LANGE       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-465,<br>UL. 29 LISTOPADA 18A LOK. U3               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 515 081 880/501 463 500                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 512</b> | od 31.12.2020 r.                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA ELŻBIETA RADZIKOWSKA-BÜCHNER |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-672, UL. DOMANIEWSKA 34A                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 501 341 502                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 60148718                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | RADZIKOWSKA CLINIC                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-672, UL. DOMANIEWSKA 34A                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 728 941 357                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 513</b> | od 31.12.2020 r.                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GMINY PRZYŁĘK   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRZYŁĘK 26-704, PRZYŁĘK 30A                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 677 30 06                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 670905854                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | OŚRODEK ZDROWIA W PRZYŁĘKU - FILIA W ZAŁĄZACH                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZAŁĄZY 26-704, ZAŁĄZY 25                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 677 50 09                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                    |

|                                                     |                                                                                       |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 514</b> | od 31.12.2020 r.                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | IRENEUSZ MAREK RÓŻALSKI                                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OPINOGÓRA GÓRNA 06-406,<br>UL. KRASIŃSKIEGO 2                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 671 70 26                                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 130304067                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OPINOGÓRA GÓRNA 06-406,<br>UL. KRASIŃSKIEGO 2                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 671 70 26                                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 515</b> | od 31.12.2020 r.                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY MIEJSKO-GMINNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W BIEŻUNIU           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIEŻUŃ 09-320, UL. ZACISZE 2                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 657 70 00                                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 130763935                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIEŻUŃ 09-320, UL. ZACISZE 2                                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 657 70 00                                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 516</b> | od 31.12.2020 r.                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA<br>RODZINNEGO-ANDRZEJ GAJEWSKI |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BROK 07-306, UL. JANA PAWŁA II 36                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 745 70 01                                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550709652                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA<br>RODZINNEGO-ANDRZEJ GAJEWSKI | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BROK 07-306, UL. JANA PAWŁA II 36                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 745 70 01                                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 26.01.2021 r.                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 517</b> | od 31.12.2020 r.                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W<br>PRZYTYKU                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PODGAJEK 26-650, PRZYTYK, UL. KOŚCIELNA 15                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 618 00 69/505 413 690                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 671982087                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W<br>PRZYTYKU Z FILIĄ WE WRZESZCZOWIE  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PODGAJEK 26-650, UL. KOŚCIELNA 15                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 505 413 690                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 518</b> | od 31.12.2020 r.                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ „LEKARZ” PIOTR PAPIEROWSKI                                                       |                                    |



|                                                     |                                                                 |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWA SUCHA 96-513, NOWA SUCHA 50A                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 46 861 26 68                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 17299840                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWA SUCHA 96-513, NOWA SUCHA 50A                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 46 861 26 68                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 519</b> | od 31.12.2020 r.                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OŚRODEK ZDROWIA"<br>SC   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIELSK 09-230, UL. JESIONOWA 13                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 261 53 33                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 142834749                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OŚRODEK ZDROWIA"         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIELSK 09-230, UL. MEDYCZNA 2                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 261 60 31                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 520</b> | od 31.12.2020 r.                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MEDART ALICJA ZIELIŃSKA SP.J.                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 05-077,<br>UL. TRAKT BRZESKI 57B LOK. 3                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 205 08 01                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 142348523                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | DOKTORA -PUNKT SZCZEPIEŃ                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 05-077,<br>UL. TRAKT BRZESKI 57B LOK. 3                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 205 08 01                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 521</b> | od 31.12.2020 r.                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA ELTERMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZAJEZIERZE 26-922,<br>UL. 28 PUŁKU ARTYLERII LEKKIEJ 7A         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 577 157 999                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 365648110                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA ZAJEZIERZE                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZAJEZIERZE 26-922,<br>UL. 28 PUŁKU ARTYLERII LEKKIEJ 7A         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 621 41 11                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 522</b> | od 31.12.2020 r.                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MAŁY GABINET LEKARSKI NATALIA ROGIŃSKA                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-161, UL. KOMORSKA 37                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 888 573 338                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 146094692                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | MAŁY GABINET LEKARSKI                                           |                                    |

|                                                     |                                                                  |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-161, UL. KOMORSKA 37                                 | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 604 086 542                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 523</b> | od 31.12.2020 r.                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OŚRODEK ZDROWIA"<br>SC    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIELSK 09-230, UL. JESIONOWA 13                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 261 60 31                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14283474900020                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                  |                                    |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OŚRODEK ZDROWIA"<br>SC    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIELSK 09-230, UL. MEDYCZNA 2                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 261 60 31                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 524</b> | od 31.12.2020 r.                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MEDART ALICJA ZIELIŃSKA SPÓŁKA JAWNA                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 05-077, UL. TRAKT BRZESKI 57B/3                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 205 08 01                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14234852300029                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                  |                                    |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 05-077,<br>UL. TRAKT BRZESKI 57B/3                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 205 08 01                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 525</b> | od 31.12.2020 r.                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRA MEDYCZNE JULIA I ROBERT ROLA-JANICCY SPÓŁKA<br>PARTNERSKA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-943, UL. URLE 1                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 211 14 38                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 141197022                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                  |                                    |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ - CENTRUM MEDYCZNE SADYBA                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-943, UL. URLE 1                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 211 14 38                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ - CENTRUM MEDYCZNE WITOLIN                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-113, UL. ŁUKOWSKA 1 U11                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 211 14 68                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 526</b> | od 31.12.2020 r.                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW 31-864,<br>UL. PROF. MICHAŁA ŻYCKOWSKIEGO 16              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 12 29 50 100                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 356366975                                                        |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                             | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                             | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, STAROWIEJSKA 66                                                                             |                             |
| telefon/ telefony                                 | 12 295 01 00                                                                                                |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                                               |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                             |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                             | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                             | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-710, UL. OKRZEI 18/U5                                                                           |                             |
| telefon/ telefony                                 | 12 295 01 00                                                                                                |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                                               |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                             |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                                             | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                             | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-758,<br>UL. AL. GEN. SIKORSKIEGO 9A                                                             |                             |
| telefon/ telefony                                 | 12 295 01 00                                                                                                |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                                               |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                             |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 527      |                                                                                                             | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | NORTH MEDICAL HOLDING SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ NASZA GRUPA MEDYCZNA SPÓŁKA<br>KOMANDYTOWA |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW 50-456, UL. DWORCOWA 11B                                                                            |                             |
| telefon/ telefony:                                | 693 424 008                                                                                                 |                             |
| identyfikator REGON                               | 382992698                                                                                                   |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                             | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY                                                                             | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-797, UL. KLIMCZAKA 8                                                                            |                             |
| telefon/ telefony                                 | 508 777 223                                                                                                 |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                                               |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                             |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                             | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- PUNKT NAMIOTOWY -<br>PARKING PRZY MOPR W OSTROŁĘCE                        | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA, 07-410, UL. GEN. J. HALLERA 12                                                                   |                             |
| telefon/ telefony                                 | 508 777 223                                                                                                 |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 04.05.2021 r.                                                                                               |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                             |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                                             | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- PUNKT NAMIOTOWY -<br>PARKING PRZY SP NR 10 W OSTROŁĘCE                    | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA, 07-410, UL. KS. BLACHNICKIEGO 16                                                                 |                             |
| telefon/ telefony                                 | 508 777 223                                                                                                 |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 04.05.2021 r.                                                                                               |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                             |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 528      |                                                                                                             | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | MEDVIT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                              |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIASECZNO 05-500, UL. PUŁAWSKA 42B                                                                          |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 431 69 69                                                                                                |                             |
| identyfikator REGON                               | 12178941                                                                                                    |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                             | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                             |                             |

|                                                     |                                                                                           |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIASECZNO 05-500, UL. PUŁAWSKA 42B                                                        | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 500 900 800                                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 529</b> | od 31.12.2020 r.                                                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SAN-MED" ROBERT GAJDA, JAN SADOWSKI SPÓŁKA CYWILNA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DROBIN 09-120, UL. PRZYSZŁOŚĆ 18                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 260 10 21                                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 611066240                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DROBIN 09-120, UL. PRZYSZŁOŚĆ 18                                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 260 10 21                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁĘG PROBOSTWO 09-209, ŁĘG PROBOSTWO 23                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 260 32 66                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 530</b> | od 31.12.2020 r.                                                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ TERESA BŁOŃSKA - JANKOWSKA                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RÓŻAN 06-230, UL. GDAŃSKA 4                                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 766 94 40                                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550004710                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ TERESA BŁOŃSKA - JANKOWSKA - PORADNIA LEKARZA POZ   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RÓŻAN 06-230, UL. GDAŃSKA 4                                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 512 221 453                                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 531</b> | od 31.12.2020 r.                                                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ZDROWIE - LEGIONOWO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEGIONOWO 05-120, UL. SOWIŃSKIEGO 15 A                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 767 36 74                                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 15498215                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEGIONOWO 05-120, UL. SOWIŃSKIEGO 15 A                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 767 36 93                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 532</b> | od 31.12.2020 r.                                                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ELŻBIETA SIKORSKA                                                                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL. SYRENY 4                                                            |                                    |

|                                                     |                                                                                               |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                  | 29 760 72 65                                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550201592                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL. SYRENY 4                                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 760 72 65                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 533</b> | od 31.12.2020 r.                                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MARIOLA HNAT-ŚNIEŻEK                                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-127, UL. ĆMIELOWSKA 15A/15                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 661 21 08                                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 141356472                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SARBIEWIE<br>MARIOLA HNAT-ŚNIEŻEK - GABINET ZABIEGOWY | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SARBIEWO, 09-130, SARBNIOWO 26                                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 661 21 08                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 26.01.2021 r.                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 534</b> | od 31.12.2020 r.                                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ROMAN CHĄDZYŃSKI                                                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SKÓRZEC 08-114, UL. GARWOLIŃSKA 2                                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 64 22 139                                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 71026261500032                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" - PUNKT SZCZEPIEŃ                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SKÓRZEC 08-114, DĄBRÓWKA-ŁUG,<br>UL. GARWOLIŃSKA 2                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 642 21 39/25 631 28 21                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 535</b> | od 31.12.2020 r.                                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SALUS MEDYCYNĄ SP. Z O. O.                                                                    | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIEDLCE 08-110, UL. J. PIŁSUDSKIEGO 49                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 63 22 393; 605 432 112; 607 213 880                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 6934008100011                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SALUS MEDYCYNĄ FILIA NR 1                                                                     | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIEDLCE 08-110, UL. J. PIŁSUDSKIEGO 49                                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 740 54 55                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 536</b> | od 31.12.2020 r.                                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ZDROWA RODZINA SP. Z O. O.                                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-471,<br>UL. GEN. TADEUSZA PEŁCZYŃSKIEGO 22J                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 664 69 20                                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 36605234100010                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | ZDROWA RODZINA SP. Z O. O.                                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-471,<br>UL. GEN. TADEUSZA PEŁCZYŃSKIEGO 22J                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 664 69 20                                                                                  |                                    |

|                                                     |                                                                                                                          |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 537</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRAKTYKA LEKARSKA IM PROF. TADEUSZA GAŁAMONA W NIEPORĘCIE; LEK. MED. K.KIDAŁA, S.OLCZYK SPÓŁKA CYWILNA                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NIEPORĘT 05-126, UL. DWORCOWA 8B,                                                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 774 82 50                                                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 141197855                                                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NIEPORĘT 05-126, UL. DWORCOWA 8B,                                                                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 774 82 50                                                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 538</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE NIEPORĘT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NIEPORĘT 05-126, UL. PODLEŚNA 4                                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 767 57 20                                                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 11771200                                                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ - CENTRUM MEDYCZNE NIEPORĘT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NIEPORĘT 05-126, UL. PODLEŚNA 4                                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 767 57 20                                                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 539</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GRUPA MEDYCZNA VERTIMED ZAKRZEWSKY SPÓŁKA JAWNA                                                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-796, UL. BRONIKOWSKIEGO 55                                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 405 63 75                                                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 141373051                                                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GRUPA MEDYCZNA VERTIMED                                                                                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-796, UL. BRONIKOWSKIEGO 55                                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 405 63 75                                                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 540</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OLSZTYŃSKA" DĘBIŃSKA, SZCZEPANOWSKA - SPÓŁKA PARTNERSKA - LEKARZE |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. OLSZTYŃSKA 33A                                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 344 30 13                                                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 672990580                                                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                                                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. OLSZTYŃSKA 33A                                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 566 566 001                                                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                          |                                    |

|                                                     |                                                                          |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 541</b> | od 31.12.2020 r.                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRAŻMOWIE               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRAŻMÓW 05-505, UL. B. OSTAPOWICZA 4                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 756 73 82                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 16075066                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               | od 31.12.2020 r.                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ - UWIELINY                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | UWIELINY 05-540, UL. GŁÓWNA 10                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 727 61 07                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               | od 31.12.2020 r.                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ - ZOZ PRAŻMÓW                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRAŻMÓW 05-505,<br>UL. B. OSTAPOWICZA 4                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 756 73 82                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 542</b> | od 31.12.2020 r.                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ANDRZEJ NIEMIRSKI NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „ZDROWA RODZINA” |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARKA 05-660, UL. OBWODOWA 8 A                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 670 28 21                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 67085983500035                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWA RODZINA" - PUNKT SZCZEPIEŃ | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARKA 05-660, UL. OBWODOWA 8 A                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 670 28 21                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 543</b> | od 31.12.2020 r.                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | IMPLADENT ALEKSANDRA NIESIOBĘDZKA                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-164, UL. BANDERII 4/U3                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 670 28 21                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 1188812600022                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | IMPLADENT ALEKSANDRA NIESIOBĘDZKA                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-164, UL. BANDERII 4/U3                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 606 382 800                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 544</b> | od 31.12.2020 r.                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | WIESŁAWA GRZYB                                                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KADZIDŁO 07-420, UL. SZKOLNA 12                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 761 88 83                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550359092                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                          | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KADZIDŁO 07-420, UL. KOŚCIUSZKI 15                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 761 88 83                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                            |                                    |



|                                                     |                                                                                         |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 545</b> | od 31.12.2020 r.                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA-WESOŁA            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 05-075, UL. JANA KILIŃSKIEGO 48                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 608 449 648                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 1133719400020                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA REJONOWA NR 1                                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA WESOŁA 05-075,<br>UL. JANA KILIŃSKIEGO 48                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 773 53 63                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA REJONOWA NR 2                                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA WESOŁA 05-075,<br>WARSZAWSKA 55A                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 760 27 35                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA REJONOWA NR 3                                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA WESOŁA 05-077,<br>UL. JANA PAWŁA II 23                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 773 83 96                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA REJONOWA NR 4                                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA WESOŁA 05-077,<br>UL. KAMYK 10A/42                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 123 44 32                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 546</b> | od 31.12.2020 r.                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | HALINA WIŚNIEWSKA                                                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WĄSEWO 07-311, UL. GOWOROWSKA 39                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 508 188 065                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 551203297                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA "VISH-MED" HALINA WIŚNIEWSKA | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WĄSEWO 07-311, UL. GOWOROWSKA 39 A                                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 645 83 84                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 547</b> | od 31.12.2020 r.                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | HIT MEDICA POLIGONOWA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-572, UL. MARSZAŁKOWSKA 28                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 625 27 63                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 368460280                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-572, UL. MARSZAŁKOWSKA 28                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 625 27 63                                                                            |                                    |

|                                                     |                                                                         |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | HIT MEDICA POLIGONOWA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-051, UL. POLIGONOWA 32                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 540 22 60                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 548</b> | od 31.12.2020 r.                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | DOMOWA OPIEKA MEDYCZNA "DO-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-790,<br>UL. TRAKT LUBELSKI 140/14                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 815 20 07                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 140616050                                                               |                                    |
|                                                     |                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA RODZINNA "DO-MED"                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-874, UL. PRZEWODOWA 32                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 290 23 10                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA RODZINNA "DO-MED"<br>W FALENICY                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 04-993, UL. BYŚLAWSKA 84                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 290 22 90, 22 815 20 07                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | ZESPÓŁ PIELĘGNIARSKIEJ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W PRZYSUSZE               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRZYSUCHA, 26-400, UL. WARSZAWSKA 25 I 27                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 290 22 90, 22 815 20 07                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-842, UL. WŁADYSŁAWA REYMONTA 8/12                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 815 20 07, 530 553 324                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 549</b> | od 31.12.2020 r.                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PALIUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWE MIASTO 09-120, UL. GŁÓWNY RYNEK 12                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 66 14 524                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 130955764                                                               |                                    |
|                                                     |                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PALIUM SP. Z O.O. PRZYCHODNIA W JOŃCU - PUNKT SZCZEPIEŃ                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JONIEC 09-131, JONIEC 15                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 661 60 15                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 550</b> | od 31.12.2020 r.                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                          |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | SENDELA GRZEGORZ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK"           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRZASNYSZ 06-300, UL. MAZOWIECKA 63                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 752 20 14                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550468208                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRZASNYSZ 06-300, UL. MAZOWIECKA 63                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 752 20 14                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 551</b> | od 31.12.2020 r.                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | EWA MAGIERSKA, URSZULA OLEŚKIEWICZ-KICIAK SPÓŁKA CYWILNA                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIAŁA 09-411, UL. JANA KAZIMIERZA 1                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 365 04 17                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 142132378                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | OŚRODEK ZDROWIA W BIAŁEJ                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIAŁA 09-411, UL. JANA KAZIMIERZA 1                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 365 04 17                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 552</b> | od 31.12.2020 r.                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | JOANNA BERLIŃSKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ BER-MED WIELISZEW |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIELISZEW 05-135, UL. NIEPODLEGŁOŚCI 85                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 782 23 85, 662 605 313                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 10031116                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA PULMONOLOGICZNA                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIELISZEW 05-135, UL. NIEPODLEGŁOŚCI 85                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 782 23 85                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 553</b> | od 31.12.2020 r.                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | "IMPLADENT D. NIESIOBĘDZKI" SPÓŁKA JAWNA                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-014, UL. ŻYTANIA 16                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 632 20 20                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 15251041                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "IMPLADENT"                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-014, UL. ŻYTANIA 16                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 632 20 20                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 554</b> | od 31.12.2020 r.                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | KKŁ SZ.KUNKA, S.KWIATKOWSKI, A.ŁASKAWIEC SPÓŁKA JAWNA                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZBUCZYN 08-106, UL. TERESPOLSKA 13                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 641 69 00                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14166782900029                                                           |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                      |                                                                                                       | liczba zespołów (w miejscu)    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA W ZBUCZYNIE                                                                      | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZBUCZYN 08-106, UL. TERESPOLSKA 13                                                                    |                                |
| telefon/ telefony                                   | 25 641 69 00                                                                                          |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                       |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 555</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MAK-MED SPÓŁKA CYWILNA MAŁGORZATA KOZŁOWSKA, ZBIGNIEW KOZŁOWSKI | 2                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOŁOMIN 05-200, UL. GDYŃSKA 61                                                                        |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 22 787 96 21                                                                                          |                                |
| identyfikator REGON                                 | 140752088                                                                                             |                                |
|                                                     |                                                                                                       |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                      |                                                                                                       | liczba zespołów (w miejscu)    |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MAK-MED                                                         | 2                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOŁOMIN 05-200,<br>UL. AL. ARMII KRAJOWEJ 64/13                                                       |                                |
| telefon/ telefony                                   | 22 787 80 10                                                                                          |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                       |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 556</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | EMC PIASECZNO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                 |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIASECZNO 05-500, UL. MICKIEWICZA 39                                                                  |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 22 735 41 00                                                                                          |                                |
| identyfikator REGON                                 | 142776420                                                                                             |                                |
|                                                     |                                                                                                       |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                      |                                                                                                       | liczba zespołów (w miejscu)    |
| nazwa:                                              | EMC PIASECZNO                                                                                         | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIASECZNO 05-500, UL. SZKOLNA 1                                                                       |                                |
| telefon/ telefony                                   | 539 146 322                                                                                           |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                       |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                      |                                                                                                       | liczba zespołów (w miejscu)    |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - BUDYNEK RATUSZA MIASTA I GMINY PIASECZNO                               | 2                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIASECZNO, 05-500, PL. PIŁSUDSKIEGO 1                                                                 |                                |
| telefon/ telefony                                   | 539 146 322                                                                                           |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 20.04.2021 r.                                                                                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 26.07.2021 r.                                                                                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                      |                                                                                                       | liczba zespołów (w miejscu)    |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SZPITAL ŚW. ANNY W PIASECZNIE                                          | 2                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIASECZNO, 05-500, UL. MICKIEWICZA 39                                                                 |                                |
| telefon/ telefony                                   | 539 146 322                                                                                           |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 26.07.2021 r.                                                                                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                       |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 557</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA "DOKTOR EWA" EWA URSZULA JAWORSKA                                                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KADZIDŁO 07-420, UL. KOŚCIUSZKI 15                                                                    |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 29 761 88 82                                                                                          |                                |
| identyfikator REGON                                 | 510495857                                                                                             |                                |
|                                                     |                                                                                                       |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                      |                                                                                                       | liczba zespołów (w miejscu)    |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                       |                                |

|                                                     |                                                                                           |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KADZIDŁO 07-420, UL. KOŚCIUSZKI 15                                                        | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 29 761 88 82                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 558</b> | od 31.12.2020 r.                                                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ROBERT KUCHARSKI                                                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRAŃSZCZYK 07-221, UL. JANA PAWŁA II 50                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 742 14 69                                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550667296                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA<br>LEKARSKA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRAŃSZCZYK 07-221, UL. JANA PAWŁA II 50                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 742 14 69                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 559</b> | od 31.12.2020 r.                                                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W SZYDŁOWCU                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZYDŁOWIEC 26-500, UL. WSCHODNIA 23                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 617 03 00                                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 67012987000051                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W SZYDŁOWCU                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZYDŁOWIEC 26-500, UL. WSCHODNIA 23                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 617 09 00                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 560</b> | od 31.12.2020 r.                                                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CLINICAL RESEARCH GROUP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-142,<br>UL. SOKOŁOWSKA U-2 9                                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 100 45 30                                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 146329882                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE CRG                                                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-142,<br>UL. SOKOŁOWSKA U-2 9                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 100 45 30                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 15.01.2021 r.                                                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 08.07.2021 r. - 01.10.2021 r. CZASOWE ZAWIESZENIE DZIAŁALNOŚCI<br>PUNKTU                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 561</b> | od 31.12.2020 r.                                                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO-PANSTWOWY<br>ZAKŁAD HIGIENY                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-791, UL. CHOCIMSKA 24                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 542 14 00                                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 28846100027                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA CHORÓB METABOLICZNYCH                                                            | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-903, UL. POWSIŃSKA 61                                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 55 09 692                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                             |                                    |

|                                                     |                                                                                                     |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 562</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | INVICTA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-019 , UL. ŻŁOTA 6                                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 600 466 758                                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 192766523                                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | KLINIKA I LABORATORIA MEDYCZNE INVICTA                                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-019 , UL. ŻŁOTA 6                                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 892 93 60                                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 04.08.2021 r.                                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 563</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRABOWIE NAD PILICĄ                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRABÓW NAD PILICĄ 26-902, UL. PARKOWA 2                                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 662 70 17                                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 671984407                                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W GRABOWIE NAD PILICĄ                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRABÓW NAD PILICĄ 26-902, UL. PARKOWA 2                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 662 70 17                                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 564</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRALNA WOJSKOWA PRZYCHODNIA LEKARSKA "CEPELEK"<br>SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-911, UL. KOSZYKOWA 78                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 429 10 65                                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 10137895                                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA POZ                                                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-911, UL. KOSZYKOWA 78                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 429 11 22                                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 565</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „DOBRE ZDROWIE”<br>JOLANTA CZERNIAWSKA                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DOBRE 05-307, UL. SZKOLNA 2                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 757 10 22                                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 711671540                                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ „DOBRE ZDROWIE” PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DOBRE 05-307, UL. SZKOLNA 2                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 757 10 22                                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 566</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | POLIKLINIKA LEKARSKO-STOMATOLOGICZNA "MEDICUS" S.C. J.<br>BIAŁKOWSKA, A. DRESLERSKI, M.JAROSZ       |                                    |

|                                                     |                                                                                                     |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-801, UL. CHMIELNA 100                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 624 71 80                                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 11570855                                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-801, UL. CHMIELNA 100                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 504 204 606                                                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ " MEDICUS" S.C. FILIA NR 1                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-370, UL. KOBIELSKA 62                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 515 347 725                                                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 567</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA W RZEKUNIU                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RZEKUŃ 07-411, UL. SZKOLNA 21                                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 761 75 04                                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550068294                                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA W RZEKUNIU                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RZEKUŃ 07-411, UL. SZKOLNA 21                                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 761 75 04                                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 568</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA "CENTRUM" NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. WARSZAWSKA 4                                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 360 67 46                                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 671967082                                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA "CENTRUM" NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. WARSZAWSKA 4                                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 360 67 46                                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA "CENTRUM" NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. WOŃNICKA 28 LOK. 1                                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 334 36 07                                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 569</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |



|                                                     |                                                                                                      |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA WOJSKOWEJ AKADEMII TECHNICZNEJ - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-480, UL. KARTEZIUSZA 2                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 419 32 81                                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 13282511                                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA WOJSKOWEJ AKADEMII TECHNICZNEJ - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-480, UL. KARTEZIUSZA 2                                                                   | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 22 419 32 04                                                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 570</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STRZEGOWO 06-445, UL. PLAC WOLNOŚCI 35                                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 505 097 162                                                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 140799351                                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STRZEGOWO 06-445, UL. PLAC WOLNOŚCI 35                                                               | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 505 097 162                                                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 571</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA NA BIELANACH NZOZ S.C. JADWIGA DOWGIAŁO-SMOLARCZYK, MARTA SMOLARCZYK                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-773, UL. BRACI ZAŁUSKI 11/26                                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 865 80 40                                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 15295080                                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA NA BIELANACH NZOZ S.C. JADWIGA DOWGIAŁO-SMOLARCZYK, MARTA SMOLARCZYK                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-871, UL. KASPROWICZA 62                                                                  | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 2 2865 80 40                                                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 572</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE WARSZAWA SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA                                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-715 , UL. OKRZEI 1A                                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 12 629 89 00                                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 351618159                                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE WARSZAWA SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA                                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-626,<br>UL. ALEJA NIEPODLEGŁOŚCI 107/ 109                                                | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 12 629 88 00                                                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 573</b> | od 15.01.2021 r.                                                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | FUNDACJA PRAWO DO ZDROWIA                                                                            |                                    |

|                                                     |                                                              |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-660, UL. IRYŚOWA 16 A                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 509 595 854                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 382895765                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT POBRAŃ FUNDACJI PRAWO DO ZDROWIA                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-660, UL. IRYŚOWA 16 A                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 509 595 854                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 15.01.2021 r.                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 574</b> | od 12.01.2021 r.                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | BIOMEDICA PIOTR ANDRYSIAK, MIROŚLAW ANDRYSIAK SPÓŁKA CYWILNA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-892,<br>UL. ROMASZEWSKIEGO 6/B1                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 510 942 421                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 382826416                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT POBRAŃ FUNDACJI PRAWO DO ZDROWIA                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-892,<br>UL. ROMASZEWSKIEGO 6/B1                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 510 942 421                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 12.01.2021 r.                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 575</b> | od 13.01.2021 r.                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO "MAZOVIA" SPÓŁKA AKCYJNA        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-725, UL. CHEŁMSKA 12                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 786 111 928                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 38560111000020                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | AMBULATORIUM STOMATOLOGICZNE - CHEŁMSKA                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-725, UL. CHEŁMSKA 12                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 786 111 928                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 13.01.2021 r.                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 576</b> | od 12.01.2021 r.                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NEW SWAN SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JÓZEFÓW 05-410,<br>UL. KSIĘDZA SKORUPKI 2                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 791 557 393                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 386646013                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JÓZEFÓW 05-410,<br>UL. KSIĘDZA SKORUPKI 2                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 791 557 393                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 12.01.2021 r.                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JÓZEFÓW, 05-410,<br>UL. KSIĘDZA SKORUPKI 2                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 791 557 393                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 05.05.2021 r.                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 577</b> | od 05.01.2021 r.                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                          |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | A.S. INTERNATIONAL BIURO HANDLU ZAGRANICZNEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-728, UL. BOBROWIECKA 9                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 511 003 668                                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 1471910900020                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | BEZPIECZNY DOM OPIEKI NESTOR                                                             | 10                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-728, UL. BOBROWIECKA 9                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 511 003 668                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 05.01.2021 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 578</b> | od 12.01.2021 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | E-KOSMEA PAWEŁ DĄBROWSKI                                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CZOSNÓW 05-152, UL. PIEŃKÓW 82 F                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 692 692 999                                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 010864833                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | E-KOSMEA PAWEŁ DĄBROWSKI                                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-797,<br>UL. POWĄŻKOWSKA 44                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 514 314 514                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 12.01.2021 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 579</b> | od 14.01.2021 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SALON MEDYCYN ESTETYCZNEJ PIĘKNOTEKA                                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-691,<br>UL. OBRZEŻNA 1 C/4U3                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 733 135 794                                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 141048635                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SALON MEDYCYN ESTETYCZNEJ PIĘKNOTEKA                                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-691,<br>UL. OBRZEŻNA 1 C/4U3                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 733 135 794                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 580</b> | od 14.01.2021 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>PRZYCHODNIE KOZIENICKIE                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOZIENICE 26-900, UL. SIENKIEWICZA 28                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 614 30 30 W.222                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 67195579400021                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>"PRZYCHODNIE KOZIENICKIE" SIENKIEWICZA | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOZIENICE 26-900, UL. SIENKIEWICZA 28                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 506 161 710                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>"PRZYCHODNIE KOZIENICKIE" SIENKIEWICZA | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOZIENICE 26-900, UL. WARSZAWSKA 55                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 614 68 87 W. 15                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |

|                                                     |                                                                                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 581</b> | od 14.01.2021 r.                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „ALFA-MED” S.C.<br>JOANNA KOBUSZEWSKA, PAWEŁ KOBUSZEWSKI |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CHODKOWO-DZIAŁKI 09-470, UL. MIODOWA 17                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 260 70 28/516 924 221                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 61105936800020                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ „ALFA-MED”                                                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CHODKOWO-DZIAŁKI, 09-470, MIODOWA 17                                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 242607028 / 516924221                                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 582</b> | od 14.01.2021 r.                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA RODZINNA BEATA OBERNIKOWICZ                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRUDZEŃ DUŻY 09-414, UL. MIŁA 8                                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 260 41 55                                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 91135093000053                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA RODZINNA BEATA OBERNIKOWICZ                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRUDZEŃ DUŻY 09-414, UL. MIŁA 8                                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 260 41 55                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 583</b> | od 14.01.2021 r.                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | DP MED PATRYCJA CHORAŻEWICZ, DARIUSZ CHORAŻEWICZ SP.J.                                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JABŁONNA 05-110, UL. MODLIŃSKA 49                                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 29 29 821                                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 146952569                                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE DP MED.                                                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JABŁONNA 05-110, UL. MODLIŃSKA 49                                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 29 29 800                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 584</b> | od 14.01.2021 r.                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W PRZYSUSZE                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRZYSUCHA 26-400,<br>UL. AL. JANA PAWŁA II 4                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 383 35 05                                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 67020513400028                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W PRZYSUSZE POZ                     | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRZYSUCHA 26-400,<br>UL. AL. JANA PAWŁA II 4                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 383 35 05                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 585</b> | od 14.01.2021 r.                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ MAŁGORZATA I GRZEGORZ<br>OLIZAROWSCY S.C.                       |                                    |

|                                                     |                                                                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-761, UL. ZWOLEŃSKA 127                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 812 64 11                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14669318000025                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ W MIĘDZYLESIU                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-761, UL. ZWOLEŃSKA 127                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 812 64 11                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | FILIA W STAREJ MIŁOSNEJ - PRZYCHODNIA "POGODNA"                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 05-077, UL. JANA PAWŁA II 25                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 773 83 23                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 586</b> | od 14.01.2021 r.                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | FAMAR SP. Z O.O.                                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CIECHANÓW 06-400, UL. GRUDUSKA 50                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 682 12 60                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 147058965                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ARNICA                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MŁAWA 06-500, WÓJTOSTWO 1                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 682 12 60                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- ZESPÓŁ PLACÓWEK OŚWIATOWYCH NR 2<br>W MŁAWIE |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MŁAWA, 06-500, GRANICZNA 39                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 509 324 848, 509 324 781                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 10.05.2021 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 15.08.2021 r.                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 587</b> | od 14.01.2021 r.                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MIEJSKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 1                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOŁOMIN 05-200, UL. PRĄDZYŃSKIEGO 11                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 776 26 86/22 776 26 05                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 17250324000025                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | MIEJSKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 1                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOŁOMIN 05-200, UL. PRĄDZYŃSKIEGO 11                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 776 26 86/22 776 26 05                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 588</b> | od 14.01.2021 r.                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ RODZINA ADAM OLSZEWSKI SPÓŁKA JAWNA                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CIECHANÓW 06-400, UL. ARMII KRAJOWEJ 18A                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 682 11 22                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 368119204                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                                                                                   |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | NZOZ RODZINA                                                                                                                      | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CIECHANÓW 06-400, UL. ARMII KRAJOWEJ 18A                                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 682 11 22                                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 14.05.2021 r.                                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>HALA SPORTOWO - WIDOWISKOWA MOSiR CIECHANÓW                                                     | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CIECHANÓW, 06-400, UL. KRASZEWSKIEGO 8                                                                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 502-712-416                                                                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 19.04.2021 r.                                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ RODZINA                                                                                                                      | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CIECHANÓW, 06-400, UL. KRASZEWSKIEGO 8                                                                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 502-712-416                                                                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 589</b> | od 14.01.2021 r.                                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MAZOWIECKI SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. ŚW. JANA PAWŁA II W<br>SIEDLCACH SP. Z O. O.                                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIEDLCE 08-110, UL. PONIATOWSKIEGO 26                                                                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 507 831 517                                                                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 1494475000038                                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | MAZOWIECKI SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. ŚW. JANA PAWŁA II W<br>SIEDLCACH SP. Z O. O.                                                    | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIEDLCE 08-110, UL. PONIATOWSKIEGO 26                                                                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 507 831 517                                                                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SZPITAL TYMCZASOWY -MAZOWIECKI SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. ŚW.<br>JANA PAWŁA II W SIEDLCACH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 4                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIEDLCE 08-110, UL. PONIATOWSKIEGO 26                                                                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 507 831 574                                                                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 590</b> | od 14.01.2021 r.                                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "EMMANUEL"                                                                                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STRZEGOWO 06-445, UL. PL. WOLNOŚCI 35/3                                                                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 679 42 41                                                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 13006105000020                                                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "EMMANUEL"                                                                                            | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STRZEGOWO 06-445, UL. TARGOWA 5                                                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 679 42 41                                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 591</b> | od 14.01.2021 r.                                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                                   |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS CLINIC"<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CIECHANÓW 06-400, UL. SPÓŁDZIELCZA 2                                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 881 204 906                                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 38561780200015                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS"                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CIECHANÓW 06-400, UL. SPÓŁDZIELCZA 2                                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 881 204 906                                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 592</b> | od 14.01.2021 r.                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>ROŚCISZEWO                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ROŚCISZEWO 09-204, UL. JANA PAWŁA II 6                                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 276 46 09                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 61105209900027                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - PUNKT<br>SZCZEPIEŃ                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ROŚCISZEWO 09-204, UL. JANA PAWŁA II 6                                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 276 414 /24 276 46 09/575 099 228                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 593</b> | od 14.01.2021 r.                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SPZOZ W POLICZNIE                                                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | POLICZNA 26-750, UL. PRUSA 9                                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 677 00 73                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 67201294200021                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GOZ W POLICZNIE                                                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | POLICZNA 26-750, UL. PRUSA 9                                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 677 00 73                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 594</b> | od 14.01.2021 r.                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ "NASZA PRZYCHODNIA", MARIA URSZULA LEWANDOWSKA                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIERPC 09-200, UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 31                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 276 81 23                                                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 61030140700025                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ "NASZA PRZYCHODNIA",<br>OŚRODEK ZDROWIA W GÓJSKU                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GÓJSK 09-227, UL. SIERPECKA 10                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 276 81 23                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ "NASZA PRZYCHODNIA", OŚRODEK ZDROWIA W SZCZUTOWIE                                            | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZCZUTOWO 09-227, UL. LIPOWA 11                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 276 71 68                                                                                      |                                    |



|                                                     |                                                                      |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 595</b> | od 14.01.2021 r.                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | N.Z.O.Z. OŚRODEK ZDROWIA W BRWINOWIE                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRWINÓW 05-840, UL. PERONOWA 4 B                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 729 63 61                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 01219185800031                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRWINÓW 05-840, UL. PERONOWA 4 B                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 729 63 61                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 596</b> | od 14.01.2021 r.                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA PANACEUM                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŻUROMIN 09-300, UL. WIATRACZNA 19                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 657 52 44                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 130245353                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWY - PANACEUM ŻUROMIN                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŻUROMIN 09-300, UL. WIATRACZNA 19                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 657 52 44                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 597</b> | od 14.01.2021 r.                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | KONTRAKTOWY OŚRODEK ZDROWIA KRZYSZTOF BUGALSKI                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZAŁUSKI 09-142, UL. ZAŁUSKI 59A                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 66 19 568                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 1302761800030                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | KONTRAKTOWY OŚRODEK ZDROWIA KRZYSZTOF BUGALSKI                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZAŁUSKI 09-142, UL. ZAŁUSKI 59A                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 66 19 568                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 598</b> | od 14.01.2021 r.                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MEDICA SPÓŁKA Z O.O                                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZWOLEŃ 26-700, UL. KILIŃSKIEGO 50                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 515 707 333                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 364670201                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | MEDICA SPÓŁKA Z O.O.                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZWOLEŃ 26-700, UL. KILIŃSKIEGO 50                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 515 707 333                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 599</b> | od 14.01.2021 r.                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OSTROŁĘCE IM. JÓZEFA PSARSKIEGO |                                    |

|                                                     |                                                                                         |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, AL. JANA PAWŁA II 120 A                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 765 17 30                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 00030461600040                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SZPITAL TYMCZASOWY-MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OSTROŁĘCE IM. JÓZEFA PSARSKIEGO | 5                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, AL. JANA PAWŁA II 120 A                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 765 17 30                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.01.2021 r.                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 600</b> | od 26.01.2021 r.                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ "ZIEL-MED" ZIELIŃSKI SP. J.                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRÓJEC 05-600, UL. JANA PAWŁA II 46                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 664 13 83/48 664 30 00                                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 147404597                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ "ZIEL-MED"                                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRÓJEC 05-600, UL. JANA PAWŁA II 46                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 664 13 83/48 664 30 00                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.01.2021 r.                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 601</b> | od 26.01.2021 r.                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LUTOCIN 09-317, UL. ŻEROMSKIEGO 2                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 658 10 11                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 130346999                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LUTOCIN                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LUTOCIN 09-317, UL. ŻEROMSKIEGO 2                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 658 10 11                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.01.2021 r.                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 602</b> | od 26.01.2021 r.                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ FAMIL-MED S.C.                                                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIĘDZYBORÓW 96-316, UL. CHOPINA 18 A                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 46 855 58 08                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 141145090                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA FAMIL-MED. PORADNIA LEKARZA POZ                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIĘDZYBORÓW 96-316, UL. CHOPINA 18 A                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 46 855 58 08                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.01.2021 r.                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 603</b> | od 26.01.2021 r.                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA JACEK KRUPSKI                                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MYSZYŃCIEC 07-430,<br>UL. Dr. ST. PAWŁOWSKIEGO 15                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 717 05 77                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550070859                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA JACEK KRUPSKI - PUNKT SZCZEPIEŃ                                    |                                    |

|                                                     |                                                                                          |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MYSZYNIC, 07-430,<br>UL. Dr. ST. PAWŁOWSKIEGO 15                                         | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 29 717 05 77                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.01.2021 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 604</b> | od 26.01.2021 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ CM EMK-MED.                                                                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GÓRA KALWARIA, 05-530,<br>UL. Por. JANA BIAŁKA 5                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 887 110 160                                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 142423319                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ CENTRUM MEDYCZNE EMK-MED. PUNKT SZCZEPIEŃ                                           | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GÓRA KALWARIA, 05-530,<br>UL. Por. JANA BIAŁKA 5                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 887 110 160                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.01.2021 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ CENTRUM MEDYCZNE EMK-MED PUNKT SZCZEPIEŃ Por. JANA BIAŁKA 3                         | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GÓRA KALWARIA 05-530,<br>UL. Por. JANA BIAŁKA 3                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 887 110 160                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 16.02.2021 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 605</b> | od 26.01.2021 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MADENT-MED"                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RACIĄŻ 09-140, BŁONIE 22                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 679 10 29                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 1488432400030                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MADENT-MED"<br>- PUNKT SZCZEPIEŃ RACIĄŻ           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RACIĄŻ 09-140, BŁONIE 22                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 679 10 29                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.01.2021 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MADENT-MED"<br>- PUNKT SZCZEPIEŃ ZAWIDZ KOŚCIELNY | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZAWIDZ KOŚCIELNY 09-226,<br>UL. MAZOWIECKA 26                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 231 45 37                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.01.2021 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 606</b> | od 26.01.2021 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SKINFINITY PRAKTYKA LEKARSKA<br>NINA USZKIEWICZ                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-410, UL. SOLEC 18/20 LOK. U7                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 888 859 659                                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 360109896                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SKINFINITY                                                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-410, UL. SOLEC 18/20 LOK. U7                                                 |                                    |

|                                                     |                                                                                                                   |                                |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| telefon/ telefony:                                  | 888 859 659                                                                                                       | 1                              |
| Data dodania do wykazu                              | 26.01.2021 r.                                                                                                     |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                   |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 607</b> | od 26.01.2021 r.                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | CLEAN-ARD ARTUR CIBOR                                                                                             |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-188, UL. OBRAZKOWA 18                                                                                 |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 507 120 129                                                                                                       |                                |
| identyfikator REGON                                 | 14009032200027                                                                                                    |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                   |                                |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                   | 3                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-188, UL. OBRAZKOWA 18                                                                                 |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 507 120 129                                                                                                       |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 26.01.2021 r.                                                                                                     |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 24.07.2021 r. - 21.08.2021 r. CZASOWE ZAWIESZENIE DZIAŁALNOŚCI PUNKTU                                             |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 608</b> | od 02.02.2021 r.                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ "ŚRÓDMIEŚCIE 3"                                                                  |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. ANDRZEJA STRUGA 57 A                                                                            |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 48 330 86 46/48 364 67 26                                                                                         |                                |
| identyfikator REGON                                 | 672717849                                                                                                         |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                   |                                |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ "ŚRÓDMIEŚCIE 3"                                                                                   |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. ANDRZEJA STRUGA 57 A                                                                            |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 48 330 86 46/48 364 67 26                                                                                         |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 02.02.2021 r.                                                                                                     |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                   |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 609</b> | od 02.02.2021 r.                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | "MEDYK" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. TADEUSZA NIEDŹWIEDZIA |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁASKARZEW 08-450, UL. SPORTOWA 17                                                                                 |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 25 684 57 06                                                                                                      |                                |
| identyfikator REGON                                 | 71163169300023                                                                                                    |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                   |                                |
| nazwa:                                              | "MEDYK" SP. Z O.O. - NPZOZ                                                                                        | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁASKARZEW 08-450, UL. SPORTOWA 17                                                                                 |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 25 684 57 06                                                                                                      |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 02.02.2021 r.                                                                                                     |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                   |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 610</b> | od 02.02.2021 r.                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | KLINIKA PROMED A. MUJEZINOVIĆ-JARDIS SP.J.                                                                        |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-036, UL. UNIWERSYTECKA 5                                                                              |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 22 822 18 11                                                                                                      |                                |
| identyfikator REGON                                 | 10240713                                                                                                          |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                   |                                |
| nazwa:                                              | PROMED-CENTRUM MEDYCZNO-STOMATOLOGICZNE                                                                           | 2                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-036, UL. UNIWERSYTECKA 5                                                                              |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 22 822 18 11                                                                                                      |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 02.02.2021 r.                                                                                                     |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                   |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 611</b> | od 02.02.2021 r.                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | SZPITAL CZERNIAKOWSKI SP. Z O.O.                                                                                  |                                |

|                                                     |                                                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-739, UL. STĘPIŃSKA 19/25                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 515 346 353 604 588 399 22 31 86 401                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 1102681500026                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY<br>UL. STĘPIŃSKA               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-739, UL. STĘPIŃSKA 19/25                           | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 515 346 353 604 588 399 22 31 86 401                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 02.02.2021 r.                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 612</b> | od 11.02.2021 r.                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | INSTYTUT HEMATOLOGII I TRANSFUZJOLOGII                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-776, I. GANDHI 14                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 34 96 100                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 288484                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | INSTYTUT HEMATOLOGII I TRANSFUZJOLOGII                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-776, UL. I. GANDHI 14                              | 5                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 608 461 464                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 11.02.2021 r.                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 613</b> | od 11.02.2021 r.                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | RAJMEDICA SP. Z O.O.                                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-285, KONDRATOWICZA 18/206                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 301 18 31/29 742 01 17                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 142274291                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE RAJMEDICA                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TŁUSZCZ 05-240, UL. WARSZAWSKA 11                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 798 757 585/29 742 01 17                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 11.02.2021 r.                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 614</b> | od 11.02.2021 r.                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MEDICA E.D. SP. Z O.O.                                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DOBZYKÓW 09-530, UL. SŁONECZNA 24                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 386 99 99                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 365781693                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | MEDICA E.D. SP. Z O.O.                                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DOBZYKÓW 09-530, UL. SŁONECZNA 24                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 24 386 99 99                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 11.02.2021 r.                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 615</b> | od 15.02.2021 r.                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | EWA ŻURAWIŃSKA-GRZELKA LEKARZ                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-018, UL. WOLNOŚĆ 6/88                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 602 356 313                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 016120803                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PROKURATURA KRAJOWA GABINET LEKARSKI<br>EWA ŻURAWIŃSKA-GRZELKA |                                    |

|                                                     |                                                            |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-676, UL. POSTĘPU 3                             | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 602 356 313                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 15.02.2021 r.                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 616</b> | od 31.12.2020 r.                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CORTEN MEDIC PRAGA TOMASZ SIKORA SPÓŁKA JAWNA              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-738, UL. KIJOWSKA 1                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 270 30 72                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 016431294                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 03-738, UL. KIJOWSKA 1                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 226020997                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 617</b> | od 16.02.2021 r.                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ OŚRODEK POMOCY ZDROWIU UL. BELLOTTIEGO                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-022, UL. BELLOTTIEGO 1/10                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 794 692 702, 794 692 000                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 010465760                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ OŚRODEK POMOCY ZDROWIU UL. BELLOTTIEGO                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-022, UL. BELLOTTIEGO 1/10                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 794692702/794692000                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 16.02.2021 r.                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 14.05.2021 r.                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 618</b> | od 23.02.2021 r.                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PAWEŁ STELMASZEK LEKARZ                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-991, UL. BRUZDOWA 100 F/10                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 501 835 672                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 365616557                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA - STELMED                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-972, UL. BRANICKIEGO 15                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 794 365 248/501 835 672                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 23.02.2021 r.                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 23.04.2021 r.                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | VAXMED-PUNKT SZCZEPIEŃ PAWEŁ STELMASZEK                    | 5                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-495, UL. GENERAŁA KAZIMIERZA SOSNKOWSKIEGO 1C  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 881 221 433                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 23.04.2021 r.                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 619</b> | od 26.02.2021 r.                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | VITA-MED STANISŁAW MOTYCZYŃSKI<br>ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BŁONIE 05-870, UL. PIŁSUDSKIEGO 2/4                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 530 577 036                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 017445045                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | VITA-MED BŁONIE - PUNKT SZCZEPIEŃ                          |                                    |

|                                                     |                                                                                                         |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BŁONIE 05-870, UL. PIŁSUDSKIEGO 2/4                                                                     | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 530 577 036                                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.02.2021 r.                                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 620</b> | od 29.03.2021 r.                                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | LECZNICA RODZINNA ALFA<br>M. CIOSEK, J. CZARNECKA-MIELCZAREK S.C.                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRWINÓW, 05-840,<br>UL. POWSTAŃCÓW WARSZAWA 8                                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 7295769                                                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 016259180                                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                         |                                    |
| nazwa:                                              | LECZNICA RODZINNA ALFA S.C. BRWINÓW                                                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRWINÓW, 05-840,<br>UL. POWSTAŃCÓW WARSZAWA 8                                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 7295769                                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 29.03.2021 r.                                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 621</b> | od 01.04.2021 r.                                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ELŻBIETÓW TERESA<br>KAWKA-URBANIEK I ANNA KRAIŃSKA SPÓŁKA CYWILNA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TERESIN, 96-516, ELŻBIETÓW 48                                                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 601 264 293                                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 388019007                                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                         |                                    |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ELŻBIETÓW                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TERESIN, 96-516, ELŻBIETÓW 48                                                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 785 295 357                                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 01.04.2021 r.                                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 622</b> | od 07.04.2021 r.                                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GABINETY LEKARSKIE CENTRUM SPÓŁKA Z O.O.                                                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OTWOCK, 05-400,                                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 799119955                                                                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 365725329                                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA PRZY KOT CENTER -<br>PUNKT SZCZEPIEŃ                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OTWOCK, 05-400,<br>UL. POWSTAŃCÓW WARSZAWY 3                                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 795 042 203                                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.04.2021 r.                                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 623</b> | od 07.04.2021 r.                                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | KLINIKA MEDYCZNA NA REYMONTA SP. Z O.O.                                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADZYMIN, 05-250,<br>UL. WŁADYSŁAWA REYMONTA 12/125                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 511 982 136                                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 36741692800010                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE NA REYMONTA                                                                            | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADZYMIN, 05-250,<br>UL. WŁADYSŁAWA REYMONTA 12/125                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 511 982 136                                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.04.2021 r.                                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 624</b> | od 19.04.2021 r.                                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |



|                                                     |                                                                                                     |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W PŁOŃSKU                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOŃSK, 09-100, UL. SIENKIEWICZA 7                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 791 863 600                                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 30870300057                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>SPZ ZOZ W PŁOŃSKU                                                 | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOŃSK, 09-100, UL. SIENKIEWICZA 7                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 791 863 600                                                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 19.04.2021 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 625</b> | od 21.04.2021 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA MAŁGORZATA MIĘDLAR-<br>DUBIELAK                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GĄBIN, 09-530, UL. WOJSKA POLSKIEGO 9C                                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 731 288 238                                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 121482809                                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>HALA SPORTOWA PRZY SZKOLE PODSTAWOWEJ W GĄBINIE - MPS<br>DUBIELAK | 5                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GĄBIN, 09-530, UL. JANA PAWŁA II 16                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 731 288 238                                                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 21.04.2021 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 626</b> | od 21.04.2021 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | VAXMED STELMASZEK PAWEŁ, JAKUB GRABSKI SPÓŁKA CYWILNA                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-993, UL. BRUZDOWA 100F/10                                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 501 835 672                                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 388216140                                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>HALA SPORTOWA W BRWINOWIE                                         | 8                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRWINÓW, 05-840, UL. MOCZYDŁOWSKIEGO 2                                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 881 221 433                                                                                         |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 21.04.2021 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 01.09.2021 r.                                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 627</b> | od 23.04.2021 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W WYSZKOWIE                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSZKÓW, 07-200,<br>UL. KOMISJI EDUKACJI NARODOWEJ 1                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 743 76 00                                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 00030872600034                                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- WOSIR W WYSZKOWIE                                                 | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSZKÓW, 07-200, UL. GEODETÓW 45                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 74 000 40, 500 078 040                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 23.04.2021 r.                                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 628</b> | od 23.04.2021 r.                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                    |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | MAZOWIECKIE CENTRUM REHABILITACJI "STOCER" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KONSTANCIN-JEZIORNA, 05-510, UL. WIERZEJEWSKIEGO 12                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 661 429 633                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14201312000030                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | IZBA PRZYJĘĆ                                                                       | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KONSTANCIN-JEZIORNA, 05-510,                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 603 777 678                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 23.04.2021 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ - IZBA PRZYJĘĆ - UL. BARSKA                                        | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-315, UL. BARSKA 16/20                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 607 111 901                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 28.04.2021 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 629</b> | od 23.04.2021 r.                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY IM. PROF. W. ORŁOWSKIEGO CMPK              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-416, UL. CZERNIAKOWSKA 231                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 584 12 50                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 29088300023                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA - PUNKT SZCZEPIEŃ                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-416, UL. CZERNIAKOWSKA 231                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 573 958 346                                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 23.04.2021 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 630</b> | od 28.04.2021 r.                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM KARDIOLOGII SP. Z O.O. W JÓZEFOWIE                                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JÓZEFÓW, 05-410, UL. NADWIŚLAŃSKA 37                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 780 08 49                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 01578575900032                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - CENTRUM KARDIOLOGII W JÓZEFOWIE                     | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JÓZEFÓW, 05-410, UL. NADWIŚLAŃSKA 37                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 780 08 49                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 28.04.2021 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 631</b> | od 28.04.2021 r.                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MCBK S.C. IWONA CZAJKOWSKA ANNA PODRAŻKA-SZCZEPANIAK                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRODZISK MAZOWIECKI, 05-825, UL. DALEKA 32                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 243 81 95                                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14094637800023                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | MCBK S.C. IWONA CZAJKOWSKA ANNA PODRAŻKA-SZCZEPANIAK                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRODZISK MAZOWIECKI, 05-825, UL. DALEKA 32                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 243 81 95                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 28.04.2021 r.                                                                      |                                    |

|                                                     |                                                                                                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 632</b> | od 28.04.2021 r.                                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | N.Z.O.Z. MEDICUS IWONA KOŁODZIEJEK                                                                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOBIENIE JEZIORY, 08-443, UL. WARSZAWSKA 19                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 502-323-115                                                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 01730615400024                                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | N.Z.O.Z. Medicus                                                                                               | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOBIENIE JEZIORY, 08-443, UL. WARSZAWSKA 19                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 502-323-115                                                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 28.04.2021 r.                                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 633</b> | od 28.04.2021 r.                                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE "ESCLAP"<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GARWOLIN, 08-400,<br>UL. MICKIEWICZA 10/4 LU I 5 LU                                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 660-524-357                                                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 |                                                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ -<br>CENTRUM MEDYCZNE "ESCLAP" SP. Z O.O.                                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GARWOLIN, 08-400,<br>UL. MICKIEWICZA 10/4 LU I 5 LU                                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 660-524-357                                                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 28.04.2021 r.                                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 634</b> | od 29.04.2021 r.                                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE RIEMER SPÓŁKA JAWNA                                                                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRODZISK MAZOWIECKI, 05-825, UL. GEN. J. SOWIŃSKIEGO 28                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 502 486 185                                                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 1639207400030                                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - MARECKI PUNKT SZCZEPIEŃ W<br>CENTRUM HANDLOWYM M1                               | 4                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MARKI, 05-270, UL. PIŁSUDSKIEGO 1                                                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 502 486 185                                                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 29.04.2021 r.                                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 635</b> | od 06.05.2021 r.                                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W<br>PIONKACH IM LECHA I MARII KACZYŃSKICH - PARY PREZYDENCKIEJ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIONKI, 26-670, UL. SIENKIEWICZA 29                                                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 048 612 42 09 WEW.125                                                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 670140015                                                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- SPZOZ W PIONKACH                                                             | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIONKI, 26-670, UL. SIENKIEWICZA 29                                                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 048 612 42 09 WEW.125                                                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 06.05.2021 r.                                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 636</b> | od 06.05.2021 r.                                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                             |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ FIZJOMIX DOROTA NIEMIEC - JÓŻWICKA    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PILAWA, 08-440, UL. K.K. BACZYŃSKIEGO 7A                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 500 427 354                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 172544660                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- NZOZ FIZJOMIX W PILAWIE                   | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PILAWA, 08-440, UL. K.K. BACZYŃSKIEGO 7A                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 500 427 354                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 06.05.2021 r.                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 637</b> | od 06.05.2021 r.                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ CENTRUM MEDYCZNE AESKULAP PRYWANTY GABINET<br>LEKARSKI ANTONI SOKALSKI | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM, 26-610, UL.KRAKOWSKA 5/4                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 609 251 061                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 67084435400025                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ CENTRUM MEDYCZNE AESKULAP PRYWANTY GABINET<br>LEKARSKI ANTONI SOKALSKI | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM, 26-610, UL.KRAKOWSKA 5/4                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 609 251 061                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 06.05.2021 r.                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 638</b> | od 06.05.2021 r.                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | DANIELA SOBCZYK NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>"DAN-MED"          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOZIENICE, 26-900, UL. HAMERNICKA 13/4                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 573 255 663, 48 623 19 80                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14122136400030                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ W GŁOWACZOWIE                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GŁOWACZÓW, 26-903, UL. WARECKA 13                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 573 255 663, 48 623 19 80                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 06.05.2021 r.                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 639</b> | od 06.05.2021 r.                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA PAWŁOWSKA PAWŁOWSKI SPÓŁKA<br>JAWNA             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KSIĄŻENICE, 05-825, UL. MAZOWIECKA 136 A                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 728 62 26                                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 1618633400025                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA PAWŁOWSKA PAWŁOWSKI SPÓŁKA<br>JAWNA             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KSIĄŻENICE, 05-825, UL. MAZOWIECKA 136 A                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 728 62 26                                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 06.05.2021 r.                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 640</b> | od 06.05.2021 r.                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MEDIC PARK SP. Z O.O.                                                       |                                    |

|                                                     |                                                                                        |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK, 09-402, UL. KOLEGIALNA 18                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 510 300 222                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 363016089                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | MEDIC PARK SP. Z O.O.                                                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK, 09-402, UL. KOLEGIALNA 18                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 510 300 222                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 06.05.2021 r.                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 641</b> | od 06.05.2021 r.                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | RADOMEDICA SP. Z O.O.                                                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM, 26-600, UL. OLSZTYŃSKA 39                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 386 91 32                                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | '36331811700013                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | RADOMEDICA SP. Z O.O.                                                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM, 26-600, UL. OLSZTYŃSKA 39                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 386 91 32                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 06.05.2021 r.                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 642</b> | od 06.05.2021 r.                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA SŁUŻBY ZAGRANICZNEJ                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-580, AL. J.CH. SZUCHA 23                                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 523 92 30                                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 146269795                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA SŁUŻBY ZAGRANICZNEJ                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-580, AL. J.CH. SZUCHA 23                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 523 92 30                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 06.05.2021 r.                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 643</b> | od 07.05.2021 r.                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | KRZYMIŃSKI SZCZĘSNY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁÓDŹ, 91-465, UL. ZGIERSKA 75/81/310 91-465                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 501 669 020                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 38276788900018                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- NOWE MIASTO NAD PILICĄ NOWOMIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWE MIASTO NAD PILICĄ, 26-640, UL. PLAC OJCA HONORATA KOŹMIŃSKIEGO 17                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 501 669 020                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.05.2021 r.                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 644</b> | od 07.05.2021 r.                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ETET SP. Z O.O.                                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-867, AL. JANA PAWŁA II 27                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 602 742 600                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14734700800027                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                      |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- GMINNY OŚRODEK KULTURY W WIĄZOWNIE | 6                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIĄZOWNA, 05-432, UL. LUBELSKA 53                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 602 742 600                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 07.05.2021 r.                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 645</b> | od 11.05.2021 r.                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | BIOPROFIT SP. Z O.O                                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-210, AL. KRAKOWSKA 264                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 795 408 068                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 142401163                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>PSP LESZNOWOLA - SUN LOGISTIC PARK | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STARA IWICZNA, 05-506, UL. SŁONECZNA 116 A                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 795 408 068                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 11.05.2021 r.                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | LF MEDICAL CLINIC                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-811, UL. MAKOLĄGWY 20 B                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 795 408 068                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 11.06.2021 r.                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>GD POLAND INTERNATIONAL SP. Z O.O. | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JABŁONOWO, 05-552,<br>UL. NADRZECZNA 16/A-01/1                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 698 811 000                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 16.06.2021 r.                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 646</b> | od 14.05.2021 r.                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | FUNDACJA INSTYTUT PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-989, UL. ZAŚCIANKOWA 4 D                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 667 590 282                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 142040819                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCyny ZAPOBIEGAWCZEJ<br>I REHABILITACJI                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-776, UL. NUGAT 3                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 693 838 202                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                        |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 647</b> | od 14.05.2021 r.                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ALAB LABORATORIA SP. Z O.O.                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-739, UL. STĘPIŃSKA 22/30                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 573 012 809                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 00810521800028                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ - SZYDŁOWIEC                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZYDŁOWIEC, 26-500, UL. WSCHODNIA 7                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 573 012 809                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                        |                                    |

|                                                     |                                                                   |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 648</b> | od 14.05.2021 r.                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | OŚRODEK POMOCY ZDROWIU SPÓŁKA<br>Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-022, UL. BELLOTTIEGO 1/10                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 794 692 702, 794 692 000                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 388590162                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | OŚRODEK POMOCY ZDROWIU SPÓŁKA<br>Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-022, UL. BELLOTTIEGO 1/10                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 794692702/794692000                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 649</b> | od 14.05.2021 r.                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | JBM GRUPA MEDYCZNA SP. Z O.O.                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-972, UL. SARMACKA 10 C                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 526 13 20                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 142 630 018                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA WILANÓW                                               | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-972, UL. SARMACKA 10 C                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 526 13 23                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 650</b> | od 14.05.2021 r.                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE PANORAMA SP. Z O.O.                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADZYMIN, 05-250, UL. STARY RYNEK 2                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 666 810 815                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 360 369 841                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADZYMIN, 05-250, UL. STARY RYNEK 2                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 666 810 815                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 651</b> | od 14.05.2021 r.                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | VALMED GRZEGORZ ADEREK ADAM MUSZYŃSKI SPÓŁKA JAWNA                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-383, UL. GRÓJECKA 126                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 608 464 600                                                       |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 01734147500023                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ CENTRUM<br>PROFILAKTYKI I TERAPII                 | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-383, UL. GRÓJECKA 126                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 608 464 600                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 652</b> | od 14.05.2021 r.                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | WARSZAWSKIE CENTRUM ZDROWIA SP. Z O.O.                            |                                    |



|                                                     |                                                                                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-018, UL. NOWOGRODZKA 76                                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 628 41 17                                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14667932300027                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | WARSZAWSKIE CENTRUM ZDROWIA<br>- PUNKT SZCZEPIEŃ                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-018, UL. NOWOGRODZKA 76                                                           | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 628 41 17                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 653</b> | od 14.05.2021 r.                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CMD SP. Z O.O.                                                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTRÓWEK, 05-254, UL. DĘBOWA 11                                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 574 137 303                                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 38741472400016                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE DĄBRÓWKA                                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DĄBRÓWKA, 05-252, UL. KOŚCIELNA 8D                                                             | 2                                  |
| telefon/ telefony                                   | 531 543 867                                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 654</b> | od 14.05.2021 r.                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI<br>SP. Z O.O.                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KONSTANCIN-JEZIORNA, 05-510,<br>UL. GAŚSIOROWSKIEGO 12/14                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 703 06 00                                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 01717336800139                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KONSTANCIN-JEZIORNA, 05-510,<br>UL. GAŚSIOROWSKIEGO 12/14                                      | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 509 351 828                                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 655</b> | od 14.05.2021 r.                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MAŁGORZATA IWANOWSKA<br>1) PRAKTYKA LEKARSKA<br>2)NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ AS-MED |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIEDLCE, 08-110, UL. POLNA 32                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 25 632 44 75                                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 710244215                                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIŃSK MAZOWIECKI, 05-300,<br>UL. JÓZEFA CHEŁMOŃSKIEGO 1 A                                      | 3                                  |
| telefon/ telefony                                   | 25 758 27 74                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIEDLCE, 08-110, UL. SULIMÓW 26                                                                | 2                                  |
| telefon/ telefony                                   | 25 632 44 75                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                                       |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                       | 4                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIEDLCE, 08-110, UL. HENRYKA SIENKIEWICZA 11                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 632 44 75                                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 656</b> | od 14.05.2021 r.                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | VOLTA MEDICA SP. Z O.O. SP. K.                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-511 UL. BELGIJSKA 11/8                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 854 01 94                                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 36107318900014                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                       | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-511 UL. BELGIJSKA 11/8                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 854 01 94                                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                       | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-894, UL. ŻELAZNA 76 A                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 654 02 33                                                                          |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 657</b> | od 14.05.2021 r.                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | HANNA JACHACY PRZYCHODNIA MEDYK                                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TŁUSZCZ, 05-240, UL. PRZEMYSŁOWA 28                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 538 420 126                                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 36835356100015                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA MEDYK                                                                     | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TŁUSZCZ, 05-240, UL. PRZEMYSŁOWA 28                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 538 420 126                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 658</b> | od 14.05.2021 r.                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | FIRMA DOBRZYŃSCY KONRAD DOBRZYŃSKI                                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARKA, 05-660, UL. WYSOCKIEGO 7                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 508 584 789                                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 361024558                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARZY SPECJALISTÓW MEDICAL                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARKA, 05-660, UL. WYSOCKIEGO 7                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 508 584 789                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                                         |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 31.08.2021 r.                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 659</b> | od 19.05.2021 r.                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MAZOWIECKIE SPECJALISTYCZNE CENTRUM ZDROWIA IM. PROF. JANA MAZURKIEWICZA W PRUSZKOWIE |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRUSZKÓW, 05-800, UL. PARTYZANTÓW 2/4                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 519 564 871; 697 066 985                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 68761700043                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                                 |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SZKOŁA PODSTAWOWA NR 10 W PRUSZKOWIE             | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRUSZKÓW, 05-800, UL. PŁYWACKA 16                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 519 564 871; 697 066 985                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 19.05.2021 r.                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 660</b> | od 19.05.2021 r.                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-957, UL. SOBIESKIEGO 9                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 458 28 00                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 000288509                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-957, UL. SOBIESKIEGO 9                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 458 28 00                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 19.05.2021 r.                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 661</b> | od 19.05.2021 r.                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | BEAMED PRZYCHODNIA LEKARSKA<br>BEATA BIELECKA                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KAROLINA, 05-300, UL. ŻWIROWA 113                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 669 026 449                                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 71025791000042                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA BEAMED                                                              | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DOBRE, 05-307, UL. KILIŃSKIEGO 1                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 669 026 449                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 19.05.2021 r.                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 662</b> | od 19.05.2021 r.                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | JADWIGA MAŁGORZATA BIELSKA<br>INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA<br>PRAKTYKA LEKARSKA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CIECHANÓW, 06-400, UL. SIERAKOWSKIEGO 4                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 661 934 792                                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 130017110                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | JADWIGA MAŁGORZATA BIELSKA<br>INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA<br>PRAKTYKA LEKARSKA | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CIECHANÓW, 06-400, UL. SIERAKOWSKIEGO 4                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 661 934 792                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 19.05.2021 r.                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 663</b> | od 19.05.2021 r.                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ DEKAMED SP. Z O.O.                                                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM, 26-600, UL. KRÓLOWEJ JADWIGI 13                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 345 97 96                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 67196310900020                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ DEKAMED                                                                    |                                    |

|                                                     |                                                                           |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM, 26-600, UL. KRÓLOWEJ JADWIGI 13                                    | 4                                  |
| telefon/ telefony                                   | 48 345 97 96                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 19.05.2021 r.                                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 664</b> | od 26.05.2021 r.                                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MATEUSZ ANYKIEL                                                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-013, UL. WILIAMA HEERLEINA LINDLEYA 16/16                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 791 280 019                                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 38332174700027                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | ANMED PUNKT SZCZEPIEŃ                                                     | 5                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-972, HLONDA 1                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 791 280 019                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.05.2021                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 665</b> | od 26.05.2021 r.                                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | WIOLETTA ZAGÓRSKA - PRYWATNA PRAKTYKA LEKARSKA; CENTRUM MEDYCZNE STARTMED |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁOMIANKI, 05-092, UL. PARTYZANTÓW 23                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 571 550 950                                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 05065990600024                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CM STARTMED                                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁOMIANKI, 05-092, UL. PARTYZANTÓW 23                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 571 550 950                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.05.2021                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 666</b> | od 26.05.2021 r.                                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | KOLMED KOMPLEKSOWA OBSŁUGA MEDYCZNA SP. Z O.O. SP. K.                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 04-749, BURSZTYNOWA 2C                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 607 190 888                                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 01018257100026                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | ZNZOZ KOLMED KOMPLEKSOWA OBSŁUGA MEDYCZNA                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 04-749, BURSZTYNOWA 2C                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 607 190 888                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.05.2021                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 667</b> | od 26.05.2021 r.                                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE KASPRZAKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-211, UL. MARCINA KASPRZAKA 31/ U7                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 727 500 085                                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                 | '38793179600014                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE KASPRZAKA                                                | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-211, UL. MARCINA KASPRZAKA 31/ U7                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 727 500 085                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.05.2021                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                           |                                    |

|                                                     |                                                                             |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 668</b> | od 31.12.2020 r.                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MD CLINIC PRAGA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 03-505 ,<br>UL. ŚW. WINCENTEGO 14/U1                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 688 77 95                                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 367082858                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA WIELOSPECJALISTYCZNA MD                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 03-505 ,<br>UL. ŚW. WINCENTEGO 14/U1                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 688 77 95                                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 669</b> | od 11.06.2021 r.                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SZPITAL SPECJALISTYCZNY "INFLANCKA"<br>IM. KRYSI ZAKURZONEJ SP ZOZ WARSZAWA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-189, UL. INFLANCKA 6                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 797-301-519                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 1300305000029                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SZPITAL SPECJALISTYCZNY "INFLANCKA"                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-189, UL. INFLANCKA 6                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 797-301-519                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 11.06.2021 r.                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 670</b> | od 11.06.2021 r.                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | TWOJA OPIEKUNKA AGATA GOŁDOWSKA                                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-118,<br>UL. BATALIONU AK "PARASOL" 10/11                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 794 444 213                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 140 721 366                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM HANDLOWE KING CROSS PRAGA - PUNKT SZCZEPIEŃ                         | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 04-190, UL. JUBILERSKA 1/3                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 794 444 213                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 11.06.2021 r.                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 671</b> | od 11.06.2021 r.                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | U LEKARZY SPÓŁKA Z O.O.                                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-466, UL. BOLKOWSKA 2C/H1                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 516 270 999                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 38290757000016                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE U LEKARZY                                                  | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-466, UL. BOLKOWSKA 2C/H1                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 516 270 999                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 11.06.2021 r.                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 672</b> | od 11.06.2021 r.                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRYWATNA PRAKTYKA PIEŁĘGNIARSKA<br>DAMIAN LECH                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 03-187, UL. GŁĘBOCKA 3/3                                          |                                    |

|                                                     |                                                                    |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                  | 602-431-455                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 101303998                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRYWATNA PRAKTYKA PIELĘGNIARSKA                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-401, UL. GÓRCZEWSKA 82                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 602-431-455                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 11.06.2021 r.                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 30.07.2021 r.                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 673</b> | od 11.06.2021 r.                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CT PIOTR PURCHAŁA                                                  | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-673,<br>UL. KONSTRUKTORSKA 10A/181                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 606 588 881                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14637116300040                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | INSKIN - PUNKT SZCZEPIEŃ                                           | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 03-712,<br>UL. SIERAKOWSKIEGO 4A LOK. U10                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 606 588 881                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 11.06.2021 r.                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 674</b> | od 11.06.2021 r.                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | INNOVA -MED S.A.                                                   | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁÓDŹ, 90-365, UL. KS. BISKUPA WINCENTEGO TYMIENIECKIEGO 16<br>G/66 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 792 622 084                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 38433687000014                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE INNOVA - MED KABATY                               | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-796,<br>UL. KSAWERGO BRONIKOWSKIEGO 1/10A             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 792 622 084                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 11.06.2021 r.                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 675</b> | od 11.06.2021 r.                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O.                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TŁUSZCZ, 05-240, UL. WARSZAWSKA 21                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 510 456 443                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 38830686000010                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE - PUNKT SZCZEPIEŃ                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TŁUSZCZ, 05-240, UL. WARSZAWSKA 21                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 510 456 443                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 11.06.2021 r.                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 676</b> | od 16.06.2021 r.                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE ESTE - MED<br>MONIKA JANUSZKO                     | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GÓRA KALWARIA, 05-532,<br>UL. PIJARSKA 97 C                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 512 724 202                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14660990800025                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>HALA SPORTOWA W GÓRZE KALWARII   | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GÓRA KALWARIA, 05-530,<br>UL. DOMINIKAŃSKA 9 E                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 512 724 202                                                        |                                    |

|                                                     |                                                                      |                                |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Data dodania do wykazu                              | 16.06.2021 r.                                                        |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 677</b> | od 29.06.2021 r.                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | INDYWIDUALNA PRAKTYKA PIELĘGNIARSKA BEATA KAMIŃSKA                   |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MAŁA WIEŚ, 09-460, NIŹDZIN 68                                        |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 737 327 261                                                          |                                |
| identyfikator REGON                                 | 38869512                                                             |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                      |                                |
| nazwa:                                              | INDYWIDUALNA PRAKTYKA PIELĘGNIARSKA BEATA KAMIŃSKA - PUNKT SZCZEPIEŃ | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BODZANÓW, 09-470, JANA PAWŁA II 8                                    |                                |
| telefon/ telefony                                   | 737 327 261                                                          |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 29.06.2021 r.                                                        |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 678</b> | od 29.06.2021 r.                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE MML                                                 |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-112, UL. BAGNO 2 LOK. 3, WEJ. E                         |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 22 406 54 22                                                         |                                |
| identyfikator REGON                                 | 142232358                                                            |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                      |                                |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE MML                                                 | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-112, UL. BAGNO 2 LOK. 3, WEJ. E                         |                                |
| telefon/ telefony                                   | 22 406 54 22                                                         |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 29.06.2021 r.                                                        |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 679</b> | od 12.07.2021 r.                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | PULS ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                 |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-793 , UL. BELGRADZKA 52/76                              |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 795 100 117                                                          |                                |
| identyfikator REGON                                 | 368457160                                                            |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                      |                                |
| nazwa:                                              | LECNICA PULS ZDROWIA                                                 | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-793 , UL. BELGRADZKA 52/76                              |                                |
| telefon/ telefony                                   | 795 100 117                                                          |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 12.07.2021 r.                                                        |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 680</b> | od 15.07.2021 r.                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE VENAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ     |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-593 , UL. SIERPECKA 6                                   |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 501 514 056                                                          |                                |
| identyfikator REGON                                 | 385514500                                                            |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                      |                                |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE VENAMED                                             | 2                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-593 , UL. SIERPECKA 6                                   |                                |
| telefon/ telefony                                   | 501 514 056                                                          |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 15.07.2021 r.                                                        |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                      |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 681</b> | od 15.07.2021 r.                                                     | <b>szczepienie populacyjne</b> |



|                                                     |                                                                                                                        |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | PRYWATNA PRZYCHODNIA LEKARSKA "ŻYCIE" S.C. ZBIGNIEW ZBONIKOWSKI, BEATA ZBONIKOWSKA, EWELINA ZBONIKOWSKA, MONIKA LESZKO |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY DWÓR MAZOWIECKI, 05-100, UL. TARGOWA 8                                                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 728 304 474                                                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14613458100021                                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRYWATNA PRZYCHODNIA LEKARSKA ŻYCIE S.C.                                                                               | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY DWÓR MAZOWIECKI, 05-100, UL. TARGOWA 8                                                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 728 304 474                                                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 15.07.2021 r.                                                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 682</b> | od 31.07.2021 r.                                                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MEDICUS<br>DAMIAN LECH                                                                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 03-187, UL. GŁĘBOCKA 3/3                                                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 602-431-455                                                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 101303998                                                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | MEDICUS<br>PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-401, UL. GÓRCZEWSKA 82                                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 602-431-455                                                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.07.2021 r.                                                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | MEDICUS<br>PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 03-565, UL. BORZYMOWSKA 43 lok.7                                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 793-429-421                                                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 24.08.2021 r.                                                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 683</b> | od 30.07.2021 r.                                                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | FALCK MEDYCYNĄ SP. Z O. O.                                                                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-102, UL. JANA OLBRACHTA 94                                                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 510-202-362                                                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 1575574100115                                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE DĄBRÓWKA                                                                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DĄBRÓWKA, 05-252, UL. KOŚCIELNA 8 D                                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 510-202-362                                                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 30.07.2021 r.                                                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 684</b> | od 10.08.2021 r.                                                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | LUX MEDICA SPÓŁKA Z O.O.                                                                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK, 09-400 UL. ZGLICZYŃSKIEGO 6/1                                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 366 03 20                                                                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14278320700023                                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | LUX MEDICA SPÓŁKA Z O.O.                                                                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK, 09-400 UL. ZGLICZYŃSKIEGO 6/1                                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 366 03 20                                                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 10.08.2021 r.                                                                                                          |                                    |

|                                                     |                                                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 685</b> | od 13.08.2021 r.                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MEDICUS RODZINNE CENTRUM ZDROWIA WIOLETA<br>WOJCIECHOWSKA-ZYSK |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁYSE, 07-437, UL. ADAMA CHĘTNIAKA 2 B                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 297725416                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 146384846                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ MEDICUS                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁYSE, 07-437, UL. ADAMA CHĘTNIAKA 2 B                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 297725416                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 13.08.2021 r.                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 686</b> | od 13.08.2021 r.                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ALEKSANDRA SAMBORSKA POWERMEDIGOLD                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 04-337, UL. OBAROWSKA 21/29                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 603111877                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 146532710                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | POWER MEDIGOLD - PUNKT SZCZEPIEŃ                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 04-337, UL. OBAROWSKA 21/29                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 603111877                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 13.08.2021 r.                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 687</b> | od 24.08.2021 r.                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | VIT-HOUSE.PL SP. Z O. O.                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-013 , UL. WILLIAMA HEERLEINA LINDLEYA 16          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 516516133                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 38930312400010                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | VIT-HOUSE.PL                                                   | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-116, UL. SĄCHOCKA 7                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 516516133                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 24.08.2021 r.                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 688</b> | od 24.08.2021 r.                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | TWÓJ LEKARZ W WARSZAWIE SP. Z O. O.                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-214 , UL. FRANCISZKAŃSKA 14 lokal 105             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | +48 22 8315155, + 48 600232284                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 385173015                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | TWÓJ LEKARZ W WARSZAWIE                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-214 , UL. FRANCISZKAŃSKA 14 lokal 105             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | +48 22 8315155, + 48 600232284                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 24.08.2021 r.                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 689</b> | od 24.08.2021 r.                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA MARCIN BURGHARD                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 04-030, UL. KINOWA 25                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 533701017                                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 361917871                                                      |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                      |                                                                             | liczba zespołów (w miejscu)    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCYNY RODZINNEJ                                                  | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA, 07-410, UL. 11 LISTOPADA 37                                      |                                |
| telefon/ telefony                                   | 533701017                                                                   |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 24.08.2021 r.                                                               |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 690</b> | od 24.08.2021 r.                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE PRZYCHODNIA MARYNIN                                        | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MARYNIN, 05-825, UL. MAZOWIECKA 73/4                                        |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 573914950                                                                   |                                |
| identyfikator REGON                                 | 38383616700010                                                              |                                |
|                                                     |                                                                             |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                      |                                                                             | liczba zespołów (w miejscu)    |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE PRZYCHODNIA MARYNIN PUNKT SZCZEPIEŃ                        | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MARYNIN, 05-825, UL. MAZOWIECKA 73/4                                        |                                |
| telefon/ telefony                                   | 573914950                                                                   |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 24.08.2021 r.                                                               |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 691</b> | od 01.09.2021 r.                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | FIRMA DOBRZYŃSCY MACIEJ DOBRZYŃSKI                                          | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARKA, 05-660, UL. WYSOCKIEGO 7                                             |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 508 584 789                                                                 |                                |
| identyfikator REGON                                 | 6705912400038                                                               |                                |
|                                                     |                                                                             |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                      |                                                                             | liczba zespołów (w miejscu)    |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARZY SPECJALISTÓW MEDICAL                                    | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARKA, 05-660, UL. WYSOCKIEGO 7                                             |                                |
| telefon/ telefony                                   | 508 584 789                                                                 |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 01.09.2021 r.                                                               |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 692</b> | od 09.09.2021 r.                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | WAWAMED CENTRUM MEDYCZNE I PSYCHOLOGICZNE JOANNA WÓJCIK IZABELA BLIMEL S.C. | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 04-048, UL. KOMPASOWA 3/1                                         |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 535 209 500                                                                 |                                |
| identyfikator REGON                                 | 389683776                                                                   |                                |
|                                                     |                                                                             |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                      |                                                                             | liczba zespołów (w miejscu)    |
| nazwa:                                              | WAWAMED CENTRUM MEDYCZNE I PSYCHOLOGICZNE JOANNA WÓJCIK IZABELA BLIMEL S.C. | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-326, ALEJE JEROZOLIMSKIE 148                                   |                                |
| telefon/ telefony                                   | 535 209 500                                                                 |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 09.09.2021 r.                                                               |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                             |                                |