

**CZĘŚĆ VI pkt 3.**  
**Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19**  
**(program szczepień populacyjnych)**

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1        | od 31.12.2020 r.                                                                                                  | szczepienie populacyjne            |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 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> | od 31.12.2020 r.                                                                                                  | <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 CHOROŃ 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                                                      |                                    |
| 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                                                      |                                    |
| 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 ZAKAŹNYCH DLA DZIECI                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-610, UL. ADOLFA TOCHTERMANA 1                                             |                                    |
| 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                                             |                                    |
| 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 - DOM KULTURY "IDALIN"                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM, 26-600, UL. BLUSZCZOWA 4/8                                                  |                                    |
| 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 - DRIVE-THRU W RADOMIU                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM, 26-617, UL. DĘBOWA 4                                                        |                                    |
| 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 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                                                               |                                    |
| 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                                | 2                                  |
| 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                         | 21.11.2021 r.                                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W PRZASNYSZU | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZASNYSZ, 06-300, UL. SADOWA 9                                                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 501 583 424                                                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 22.11.2021 r.                                                                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b> |                                                                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ 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                                                                 | 1                                  |
| 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                                                     | 2                                  |
| 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                         | 25.11.2021 r.                                                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b> |                                                                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                            | NOWODWORSKIE CENTRUM MEDYCZNE W NOWYM<br>DWORZE 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                                                                                      | 1                                  |
| 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                                                                                      | 1                                  |
| 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                                                                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZĄSTKÓW MAZOWIECKI 05-152, CZĄSTKÓW<br>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 AMBULATORIJNEJ<br>OPIEKI 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                         |                                                                                                           |                                    |

|                                                   |                                                                                                        |                                    |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |                                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - NOWODWORSKI<br>OŚRODEK SPORTU I REKREACJI W NOWYM DWORZE<br>MAZOWIECKIM | <b>2</b>                           |
| 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     | <b>2</b>                           |
| 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                                 | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKROCZYM, 05-170, UL. JANA CHYLIŃSKIEGO 2                                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 22 775-47-40                                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 19.04.2021 r.                                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 08.11.2021 r.                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>             |                                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>OŚRODEK KULTURY W POMIECHÓWKU                                        | <b>2</b>                           |
| 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                              | <b>2</b>                           |
| 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<br>ZACHODNI 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                                                                                   | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRODZISK MAZOWIECKI 05-825, UL.DALEKA 11                                                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 22 755 55 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:                                            | 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 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                                                                                                   |                                    |
| 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                                                                                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OTWOCK 05-400, UL. 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 - OTWOCKIE PWIK - MIASTECZKO NAMIOTOWE NA OBIEKCIE                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OTWOCK 05-400, UL. KARCZEWSKA 48                                                                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 778 12 11; 22 778 12 00                                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 23.04.2021 r.                                                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 03.12.2021 r.                                                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W RESTRUKTURYZACJI    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OTWOCK 05-400, UL. BATOREGO 44, BUDYNEK C                                                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 573 102 655, 573 102 657                                                                                               |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 03.12.2021 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                                                                                 |                                    |
| 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 RADZYMINIE - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI 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                                                                                                   |                                    |
| 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                                                                          |                                    |
| 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                                 | 1                                  |
| 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<br>OŚRODEK KULTURY I SPORTU                     | 5                                  |
| 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<br>ZDROWOTNEJ 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:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                            | 1                                  |
| 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                          | 12.10.2021 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  | ZWOLEŃ 26-700, UL. ALEJA POKOJU 5                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 677 91 99/501 556 354                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 12.10.2021 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<br>OGRANICZONĄ 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                                                      | 1                                  |
| 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.<br>JASIŃSKIEGO                            | 1                                  |
| 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<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIPSKU                     |                                    |
| 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<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIPSKU - GABINET ZABIEGOWY |                                    |



|                                                    |                                                                              |                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LIPSKO 27-300,<br>UL.JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO 2                                 | <b>1</b>                           |
| 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<br>W NOWYM MIEŚCIE NAD PILICĄ |                                    |
| 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>              |                                                                              |                                    |
| 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<br>ZDROWOTNEJ - SZPITAL W IŁŻY  |                                    |
| 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>              |                                                                              |                                    |
| 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"<br>W SOCHACZEWIE             |                                    |
| 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>              |                                                                              |                                    |
| nazwa:                                             | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>SZPITAL W SOCHACZEWIE      | <b>4</b>                           |
| 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                        | <b>6</b>                           |
| 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                                                         | <b>1</b>                           |
| 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 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                                                                                    | <b>2</b>                           |
| 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 ZDROWOTNEJ W KOZIENICACH | <b>2</b>                           |
| 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 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>              |                                                                                                         |                                    |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                         | <b>3</b>                           |
| 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                          |                                                                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- HALA SPORTOWA PRZY LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCYM IM. M. KOPERNIKA          | <b>5</b>                           |
| 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 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>              |                                                                                                         |                                    |
| nazwa:                                             | PORADNIE (GABINETY) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                               | <b>1</b>                           |
| 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                               | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SOKOŁÓW PODLASKI, 08-300,<br>UL. MARII 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 WĘGRÓWIE                                               |                                    |
| 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>              |                                                                                                         |                                    |



|                                                    |                                                                                |                                    |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                             | SZPITAL POWIATOWY W WĘGRÓWIE                                                   | 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 WĘGRÓWIE                                                | 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<br>W 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<br>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<br>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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                 | <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                                                                                         | <b>1</b>                           |
| 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                                                         | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOŁOMIN 05-200, UL. MIŁA 14 A                                                                           |                                    |
| 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 - HALA SPORTOWA MIEJSKIEGO OŚRODKA SPORTU I REKREACJI W MIŃSKU MAZOWIECKIM | <b>4</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MIŃSK MAZOWIECKI, 05-300, UL. KARDYNAŁA STEFANA 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - ZESPÓŁ 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 - ZESPÓŁ SZKÓŁ ZAWODOWYCH IM. ŻOŁNIERZY ARMII KRAJOWEJ, MAKÓW MAZOWIECKI   | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MAKÓW MAZOWIECKI, 06-200, 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                 | <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                                                                                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁOSICE, 08-200, UL.SŁONECZNA 1                                                                          |                                    |

|                                                    |                                                                     |                                    |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                 | 83 357 32 31                                                        | <b>2</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 POWSZECHNYCH - PRZYCHODNIA ZDROWIA W 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 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                                                   | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŻUROMIN 09-300, UL.SZPITALNA 56                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 23 657 22 01                                                        |                                    |
| 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                                                   | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KUCZBORK 09-310, UL. MICKIEWICZA 7D                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 23 657 63 35                                                        |                                    |
| 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                                                   | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SYBERIA 09-304, SYBERIA 50                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 23 657 37 02                                                        |                                    |
| 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                                                   | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZIELON 09-304, UL. ŚWIĘTOJAŃSKA 6                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 23 658 24 06                                                        |                                    |
| 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                                                   | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SIEMIĄTKOWO 09-135, UL. REYMONTA 3                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 23 679 60 09                                                        |                                    |
| 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                                                   | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 04-125, UL. FIELDORFA 40                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 430 87 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:                                             | Szptal Szamocka                                                     | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA,01-748, UL. SZAMOCKA 6                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 430 87 00                                                        |                                    |
| 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 -<br>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<br>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 MEDYCYN 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<br>REHABILITACJI IM. PROF. DR HAB. MED. ELEONORY<br>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                                                                                          | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-637, UL.SPARTAŃSKA 1                                                                        |                                    |
| 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<br>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                          | 12.10.2021 r.                                                                                                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY                                                                                        | <b>1</b>                           |
| 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>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY, SZPITAL W LEGIONOWIE                                                  | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LEGIONOWO 05-119, UL. ZEGRZYŃSKA 8                                                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 381 25 25                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 01.01.2022 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | PŁOCKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SP. Z O.O.                                                                        | <b>1</b>                           |
| 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE W GRÓJCU SPÓŁKA Z O.O.                                                                 | <b>2</b>                           |
| 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                                       | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GRÓJEC 05-600, UL. PIOTRA SKARGI 10                                                                               |                                    |
| 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SZPITAL SOLEC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                             | <b>1</b>                           |
| 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 MEDYCZYNY RODZINNEJ                                                                               | <b>1</b>                           |
| 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                                                                         | <b>5</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-781, 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                                                                                                      |                                    |
| 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                                                                                                      |                                    |
| 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                                                                                                                |                                    |
| 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 - CENTRUM ZDROWIA MAZOWSZA ZACHODNIEGO SP. Z O.O., BUDYNEK N                                                           |                                    |
| 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 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                                                                                                     |                                    |
| 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 - HALA SPORTOWA PRZY PUBLICZNEJ SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 3 Z ODDZIAŁAMI INTEGRACYJNYMI IM. TADEUSZA KOŚCIUSZKI W PUŁTUSKU |                                    |
| 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                          | 03.12.2021 r.                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>SZPITAL POWIATOWY GAJDA-MED SP. Z O.O. | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PUŁTUSK, 06-102, UL.TEOFILA KWIATKOWSKIEGO 19                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 509-322-578                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 03.12.2021 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. DOBRZYŃSKIEJ 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. DOBRZYŃSKIEJ 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. CEŁCHOWSKIEGO 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<br>ZDROWOTNEJ LECZNICA 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                                                     | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 01-826, UL. KLECZEWSKA 41/1                                     |                                    |
| 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 MEDYCYN Y RODZINNEJ JOANNA<br>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                                                          | <b>1</b>                           |
| 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                                                          | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADZIWIŁÓW 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-<br>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                                        | <b>1</b>                           |
| 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 SZCZEPIEN                                                                    | 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 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                                                                                           |                                    |
| 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" 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                                                                                           |                                    |
| 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                          |                                                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | GABINET LEKARZA POZ                                                                                            |                                    |
| 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                          |                                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BORKOWICACH MARCIN NIEWCZAS, JULITA NIEWCZAS LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BORKOWICE 26-422, UL. OGRODOWA 11                                                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 48 675 70 65                                                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                | 67300600000000                                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                |                                    |
| 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                          |                                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                |                                    |
| 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                          |                                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 03-908, UL. BEREZYŃSKA 39                                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 616 22 15/534 489 396                                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                                                       |                                    |

|                                                    |                                                                |                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |                                                                |                                    |
| <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. KRASZEWSKIEGO 95                            |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 812 81 81                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 31.12.2020 r.                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59</b> | od 31.12.2020 r.                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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<br>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.                                                                                 | 1                                  |
| 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. MED. MARIOLA ŻOŁYNIAK-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                                                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WYŚMIERZYCE 26-811, UL. KONOPNICKIEJ 50                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 48 615 70 06                                                                                  | 1                                  |
| 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                                                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-776, UL. NOWOURSYNOWSKA 139L                                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 797 581 010/22 643 45 03                                                                      | 1                                  |
| 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                                                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | DŁUGOSIODŁO 07-210, UL. MICKIEWICZA 15                                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 29 741 22 35                                                                                  | 1                                  |
| 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                                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADOM 26-600, UL. STASZICA 6/8                                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 571 486 673                                                                                   | 1                                  |
| 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                                      |                                    |
| 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                                                                     | 1                                  |
| 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>              |                                                                                         |                                    |
| 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>              |                                                                                         |                                    |
| 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>              |                                                                                         |                                    |
| 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. STOLECZNA 145                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 725 97 83                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                | 10352205                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</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"                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RENATA SYGNOWSKA, JACEK SYGNOWSKI S.C.                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | PRZYSUCHA 26-400, UL. ŚWIĘTOKRZYSKA 35                            |                                    |
| identyfikator REGON                                | 48 383 30 00                                                      |                                    |
|                                                    | 67273600000000                                                    |                                    |
| <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 PRZYCHODNIE 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>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-495, UL. POSAG 7 PANIEN 12/U6                         |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 602 172 362                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 27.01.2022 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, 02-495, UL. DZIECI WARSZAWY 11/U1                   |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 602 172 362                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 27.01.2022 r.                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76</b> | od 31.12.2020 r.                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | DOMINIKA BUDZIŃSKA                                            | 1                                  |
| 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                          | 30.10.2021 r.                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77</b> | od 31.12.2020 r.                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | PZU ZDROWIE S.A.                                              | 1                                  |
| 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-KOŹŁE 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<br>W 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                                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOLANÓW 26-625, UL. OPOCZYŃSKA 23/23                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 48 618 60 17                                                                           | 1                                  |
| 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 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                                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | IZABELIN 05-080, UL. TETMAJERA 3A                                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 722 63 21/22 722 61 14                                                              | 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 POWSZECHNYCH -<br>DZIENNY DOM SENIOR+<br>(BUDYNEK PRZY SPZOZ IZABELIN) |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | IZABELIN, 05-080, UL. MATEJKI 19                                                       | 2                                  |
| 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                                                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADOM 26-600, UL. GAGARINA 1                                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 790 610 790                                                                            | 1                                  |
| 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                   |                                    |
| 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                                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GLINOJECK 06-450, UL. TARGOWA 6                                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 23 674 00 05                                                                           | 2                                  |
| 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<br>W OŻAROWIE MAZOWIECKIM     |                                    |
| 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                                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | JÓZEFÓW 05-860, UL. LIPOWA 28A                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 22 344 86 50                                                                           | 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 POWSZECHNYCH-<br>MCC MAZURKAS CONFERENCE CENTRE & HOTEL                                               | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OŻARÓW MAZOWIECKI, 05-850,<br>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-<br>GMINNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD LECZNICTWA<br>OTWARTEGO<br>W OŻAROWIE MAZOWIECKI | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OŻARÓW MAZOWIECKI, 05-850,<br>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> |                                                                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | od 31.12.2020 r.<br>WANTA ANNA MACHNICKA, KRZYSZTOF MACHNICKI<br>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                                                                                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MAKÓW MAZOWIECKI, 06-200, UL. POLNA 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> |                                                                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | od 31.12.2020 r.<br>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> |                                                                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | od 31.12.2020 r.<br>SUD-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>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> |                                                                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | od 31.12.2020 r.<br>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> |                                                                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | od 31.12.2020 r.<br>SZKOŁA GŁÓWNA GOSPODARSTWA WIEJSKIEGO W<br>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,<br>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                                                                      |                                    |
| 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<br>MIROSLAW JAROSZEWSKI, BOGDAN JAROSZEWSKI, JACEK<br>PIETRUCHA |                                    |
| 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:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OMEGA<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SOKOŁÓW PODLASKI 08-300, UL. WĘGROWSKA 5A                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 505 224 498                                                                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 387826450                                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | 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                                                                           |                                    |
| 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                                | <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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W TARCZYŃ                                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARCZYŃ 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  | TARCZYŃ 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 TARCZYŃ | 4                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TARCZYŃ, 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                                | <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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIENNIC                                                               |                                    |
| 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |



|                                                     |                                                                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | ANNA POŻAROWSZCZYKOSIK NZOZ „EWITA”                                            |                                    |
| 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>               |                                                                                |                                    |
| 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>               |                                                                                |                                    |
| 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                           |                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100</b> | od 31.12.2020 r.                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA MIEJSKA W JÓZEFOWIE | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JÓZEFÓW 05-420, UL. SKŁODOWSKIEJ 5/7                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 789 21 21                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 010045302                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                |                                    |
| 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                           |                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |                                                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMORZĄDOWY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W BIAŁOBRZEGACH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIAŁOBRZEGI 26-800, UL. SPACEROWA 10                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 605 246 670                                                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 380246873                                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIAŁOBRZEGI 26-800, UL. SPACEROWA 10                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 798 079 188                                                                                                  | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWY PIELĘGNIARSKI PLUS PUNKT<br>SZCZEPIEŃ                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZBUCZYN 08-106, UL. TERESPOLSKA 15                                                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 641 69 99                                                                                                 | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>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                                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRĘBKÓW 07-110, UL. LIPOWA 6                                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 793 03 63                                                                                                 | 1                                  |
| 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                                                                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŻELECHÓW 08-430, UL. REYMONTA 36A                                                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 754 11 09                                                                                                 | 2                                  |
| 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-<br>CENTRUM" 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                                                                                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-310, UL. BEDNARSKA 13/15                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 826 03 77                                                                                                 | 2                                  |
| 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 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>               |                                                                              |                                    |
| 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>               |                                                                              |                                    |
| 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>               |                                                                              |                                    |
| 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-LETNISKÓ 26-930, UL. SPACEROWA 2                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 621 00 27                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 146353573                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                              |                                    |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GARBATKA-LETNISKÓ 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                                                              | 1                                  |
| 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>               |                                                                              |                                    |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁOMIANKI 05-092, UL. WARSZAWSKA 31                                           |                                    |

|                                                     |                                                                                          |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 500 010 700 / 22 751 69 91                                                               | 4                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112</b> | od 31.12.2020 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                                                                             | 3                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113</b> | od 31.12.2020 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ ( DOROŚLI I DZIECI )                                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GLINIANKA 05-408, UL. NAPOLEOŃSKA 53                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 789 97 22                                                                             | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114</b> | od 31.12.2020 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                                |                                    |
| <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 26-652, ZAKRZEW 41A                                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 375 67 76                                                                             | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115</b> | od 31.12.2020 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ (DOROŚLI I DZIECI)                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIĄZOWNA 05-462, UL. LUBELSKA 36                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 789 01 15                                                                             | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116</b> | od 31.12.2020 r.                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-507, UL. WOŁOSKA 88                                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 646 86 08                                                                             | 1                                  |
| 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:                                              | NZO 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                                                                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                           | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 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                         |                                                                           |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118      | od 31.12.2020 r.                                                          | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | ZDROWIE SP. Z O.O.                                                        | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-140, UL. ODKRYTA 51A/3                                        |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 497 74 25                                                              |                             |
| identyfikator REGON                               | 16261389                                                                  |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                           |                             |
| 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                         |                                                                           |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119      | od 31.12.2020 r.                                                          | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | PHOENIX SP. ZO.O.                                                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-410, UL. CZWARTAKÓW 4                                            |                             |
| telefon/ telefony:                                | 24 266 81 59                                                              |                             |
| identyfikator REGON                               | 611051941                                                                 |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                           |                             |
| 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                         |                                                                           |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120      | od 31.12.2020 r.                                                          | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | MEDICA S.C. GRAŻYNA ELŻBIETA PIETRZYKOWSKA,<br>KRZYSZTOF SŁAWOMIR TOBIASZ | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL. PRĄDZYŃSKIEGO 4                                     |                             |
| telefon/ telefony:                                | 29 764 64 80                                                              |                             |
| identyfikator REGON                               | 550726290                                                                 |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                           |                             |
| 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                         |                                                                           |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121      | od 31.12.2020 r.                                                          | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | "DRAG-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                     | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-446, UL. FABRYCZNA 16/22                                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 841 49 01                                                              |                             |
| identyfikator REGON                               | 16842689                                                                  |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                           |                             |
| 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                         |                                                                           |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122      | od 31.12.2020 r.                                                          | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | OPTIMA KOSZARSKA I RUDNICKA - LEKARSKA SPÓŁKA<br>PARTNERSKA               | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKOŁÓW PODLASKI 08-300, UL. OLSZOWA 6B                                   |                             |
| telefon/ telefony:                                | 25 781 33 00                                                              |                             |
| identyfikator REGON                               | 145806558                                                                 |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                           |                             |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                           | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKOŁÓW PODLASKI 08-300, UL. SKŁODOWSKIEJ-CURIE<br>14/72                  |                             |
| telefon/ telefony                                 | 25 781 33 00                                                              |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                             |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                           |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123      | od 31.12.2020 r.                                                          | szczepienie populacyjne     |

|                                                     |                                                                                                                   |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 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.                                                                        | 1                                  |
| 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>               |                                                                                                                   |                                    |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIELISZE 05-135, UL. KOSCIELNA 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                                                           | 1                                  |
| 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>               |                                                                                                                   |                                    |
| 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>               |                                                                                                                   |                                    |
| 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>               |                                                                                                                   |                                    |
| 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<br>W KAŁUSZYNIE PRZYZCHODNIA OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1                                  |
| 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                                                           | 1                                  |
| 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<br>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<br>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<br>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                                                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOŃSK 09-100, UL. SIENKIEWICZA 7                                                           |                                    |
| 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                           | 12.10.2021 r.                                                                               |                                    |
| <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>Miejsce udzielania świadczeń 14</b>              |                                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GRUPA ZDROWIE SARBIEWO                                                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SARBIEWO, 09-130, SARBIEWO 26                                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 749 10 68                                                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 08.11.2021 r.                                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 15</b>              |                                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GRUPA ZDROWIE KUNIN                                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KUNIN, 07-440, KUNIN 20                                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 749 10 75                                                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 27.01.2022 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<br>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                                 | 2                                  |
| 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.                                                                               |                                    |
| Data ponownego dodania do wykazu                    | 12.10.2021 r.                                                                               |                                    |

|                                                     |                                                                                                                    |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                    |                                    |
| <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                                                                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-473, UL. POPULARNA 62A                                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 863 90 69/22 266 04 17                                                                                          |                                    |
| 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                                                                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSZKÓW 07-200, UL. STEFANA OKRZEI 81A                                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 742 85 05                                                                                                       |                                    |
| 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 CHRUSCIELA "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                                                                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-910, AL.GEN.ANTONIEGO CHRUSCIELA "MONTERA" 103                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 26 181 42 06                                                                                                       |                                    |
| 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)                                                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-477, UL. KAROLA SZYMANOWSKIEGO 6/61A                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 412 42 44                                                                                                       |                                    |
| 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                           |                                                                                                                    |                                    |

|                                                   |                                                                |                  |                             |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137      |                                                                | od 31.12.2020 r. | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | USŁUGI MEDYCZNE NZOZ GOLE MEDYCYNĄ RODZINNA<br>BARBARA KWIATEK |                  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOLE 96-314,GOLE 50                                            |                  |                             |
| telefon/ telefony:                                | 46 856 07 26                                                   |                  |                             |
| identyfikator REGON                               | 220355773                                                      |                  |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                |                  | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                |                  |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                |                  | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                |                  |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 138      |                                                                | od 31.12.2020 r. | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | CENTRUM MEDYCZNO REHABILITACYJNE SORNO EDYTA<br>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                                                |                  |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                |                  | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                |                  |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139      |                                                                | od 31.12.2020 r. | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>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                                                 |                  |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                |                  | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                |                  |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140      |                                                                | od 31.12.2020 r. | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | BETA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ            |                  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZĄBKI 05-091, UL. KS. IGNACEGO SKORUPKI 71                     |                  |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 781 63 35                                                   |                  |                             |
| identyfikator REGON                               | 16138223                                                       |                  |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                |                  | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                |                  |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 141      |                                                                | od 31.12.2020 r. | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | ARKMEDIC CENTRUM MEDYCZNE                                      |                  |                             |
| 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                                                      |                  |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                |                  | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „IMED”<br>IWONA NIECZAJ                                                      |                                    |
| 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE"<br>S.C.                                                            |                                    |
| 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>PRZYCHODNIA LEKARSKA "CENTRUM" A. WILKOWSKI, J.B.<br>SOBSTYL SPÓŁKA JAWNA |                                    |
| 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                                                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 145</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ROYALMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁOMIAŃKI 05-092, UL. WIŚLANA 36                                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 668 466 154                                                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 141967833                                                                                                          |                                    |
| <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   | ŁOMIAŃKI 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NOBLE MEDICINE PREMIUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>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>               |                                                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>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>               |                                                                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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"<br>S.C. CZESŁAWA DEPTUŁA-KARPIŃSKA I S-KA | 1                                  |
| 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<br>ZDROWOTNEJ W NADARZYNIE                     | 2                                  |
| 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>               |                                                                                           |                                    |
| 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<br>LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA-WAWER            | 1                                  |
| 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>               |                                                                                           |                                    |
| 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<br>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                           | 09.09.2021 r.                                                                             |                                    |
| <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 MEDYCYNĄ<br>RODZINNA        | 1                              |
| 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>               |                                                                                                                       |                                |
| 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<br>W WYŚMIERZYCACH                                                     | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYŚMIERZYCE 26-811, UL. 1000-LECIA PAŃSTWA<br>POLSKIEGO 8                                                             |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 48 615 70 10                                                                                                          |                                |
| identyfikator REGON                                 | 670856073                                                                                                             |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                       |                                |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                                  | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYŚMIERZYCE 26-811, UL. 1000-LECIA PAŃSTWA<br>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>               |                                                                                                                       |                                |
| 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>               |                                                                                                                       |                                |
| 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<br>PRZYCHODNIA RODZINNA "MOKOTOWSKA" SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1                              |
| 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>               |                                                                                                                       |                                |
| 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | BEATA BARTNIK NZOZ NASZE ZDROWIE                  | 1                                  |
| 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>PUNKT SZCZEPIEŃ</b>                            |                                    |
| nazwa:                                              | ŁOCHÓW 07-130, UL. ALEJA POKOJU 2                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 516 755 608                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 31.12.2020 r.                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 163</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ALFAMEDIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1                                  |
| 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>PUNKT SZCZEPIEŃ</b>                            |                                    |
| nazwa:                                              | MŁAWA 06-500, UL. GRZEBSKIEGO 12                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 23 676 18 11                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 31.12.2020 r.                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 164</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE JUDYTA SP. Z O. O.               | 1                                  |
| 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>PUNKT SZCZEPIEŃ</b>                            |                                    |
| nazwa:                                              | RASZYN 05- 090, UL. PONIATOWSKIEGO 21             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 507 767 385                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 31.12.2020 r.                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               | <b>PUNKT SZCZEPIEŃ</b>                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | RASZYN 05- 090, UL. PRUSZKOWSKA 52                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 22 185 55 73/507 767 385                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 31.12.2020 r.                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 165</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | BORAMED CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O. SP. K.        | 1                                  |
| 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>PUNKT SZCZEPIEŃ DLA DOROSŁYCH</b>              |                                    |
| nazwa:                                              | WARSZAWA 03-982, UL. BORA-KOMOROWSKIEGO 21/307    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 22 417 01 00                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 31.12.2020 r.                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              |                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARSKI WOJCIECH GRZYBOWSKI              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 05-077, UL. LEŚNYCH ZIÓŁ 19              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 535 36 00                                      |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 016229799                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               | <b>PUNKT SZCZEPIEŃ DLA DOROSŁYCH</b>              |                                    |
| nazwa:                                              | WARSZAWA 02-787, UL. BELI BARTOKA 8/U/A           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 22 535 36 00                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   |                                                   |                                    |

|                                                     |                                                   |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 31.01.2022 r.                                     |                                    |
| <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                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-802, UL. MARYMONCKA 75A/U2            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 502 228 862                                       | 2                                  |
| 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                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-189, UL. INFLANCKA 5                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 500 900 530                                       | 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   | WARSZAWA 04-123, UL. ŁUKISKA 1                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 500 900 530                                       | 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   | WARSZAWA 00-838, UL. PROSTA 36                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 500 900 530                                       | 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 DLA DOROSŁYCH                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-867, UL. JANA PAWŁA 27                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 500 900 530                                       | 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 (SZCZEPIENIA ZALECANE)            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-797, UL. KLIMCZAKA 1                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 500 900 530                                       | 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   | WARSZAWA 03-840, UL. GROCHOWSKA 306/308           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 500 900 530                                       | 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 DLA DOROSŁYCH                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-675, UL. WOŁOSKA 22                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 500 900 530                                       | 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 DLA DOROSŁYCH I DZIECI            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-819, UL. PUŁAWSKA 278                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 500 900 530                                       | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                   |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 9                    |                                                                        | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ DLA DOROSŁYCH                                          | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-807, AL. JEROZOLIMSKIE 96                                  |                             |
| telefon/ telefony                                 | 500 900 530                                                            |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                          |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 10                   |                                                                        | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | CENTRUM MEDYCYN 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                         |                                                                        |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 169      | od 31.12.2020 r.                                                       | szczepienie populacyjne     |
| 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                                                          |                             |
|                                                   |                                                                        |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                        | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PORADNIA (GABINET) LEKARZA RODZINNEGO                                  | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRODZISK MAZOWIECKI 05-825, UL. BLISKA 14                              |                             |
| telefon/ telefony                                 | 581 591 346                                                            |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                          |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 170      | od 31.12.2020 r.                                                       | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | SC.PRZYCHODNIA LEKARSKA EMED EWA T JASTRZĘBSKA<br>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                                                              |                             |
|                                                   |                                                                        |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                        | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                        | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRASNOSIELC 06-212, UL. MOSTOWA 11                                     |                             |
| telefon/ telefony                                 | 29 717 56 44                                                           |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                          |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 171      | od 31.12.2020 r.                                                       | szczepienie populacyjne     |
| 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                                                              |                             |
|                                                   |                                                                        |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                        | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                        | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZASNYSZ 06-300, UL. RYCERSKA 3                                       |                             |
| telefon/ telefony                                 | 29 752 30 26                                                           |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                          |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 172      | od 31.12.2020 r.                                                       | szczepienie populacyjne     |
| 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                                                               |                             |
|                                                   |                                                                        |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                        | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PORADNIA LEKARZA POZ                                                   | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MARKI 05-270, UL. SPORTOWA 3                                           |                             |
| telefon/ telefony                                 | 730 999 063/22 781 16 03                                               |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                          |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                        |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 173      | od 31.12.2020 r.                                                       | szczepienie populacyjne     |
| 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                                                         |                             |
|                                                   |                                                                        |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                        | liczba zespołów (w miejscu) |

|                                                     |                                                                                                   |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ DZIECI                                                                            | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-982, UL. GEN. TADEUSZA BORA-KOMOROWSKIEGO 37/210                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 507 414 428/507 414 232                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 30.11.2021 r.                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ DZIECI                                                                            | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-982, UL. GEN. TADEUSZA BORA-KOMOROWSKIEGO 37/210                                      |                                    |
| 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> |                                                                                                   | <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                                                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSZKÓW 07-200, UL. SIKORSKIEGO 27                                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 605 672 847                                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 175</b> |                                                                                                   | <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 MEDYCYNĄ RODZINNA                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OKUNIEW 05-079, UL. STANISŁAWOWSKA 28                                                             |                                    |
| 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> |                                                                                                   | <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                                                       | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-134, UL. KSIĄŻKOWA 9                                                                  |                                    |
| 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                                                                              | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-287, UL. SKARBKA Z GÓR 142                                                            |                                    |
| 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> |                                                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MILLENNIUM" S.C. 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                                                                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL. STEYERA 2E                                                                                         |                                    |
| 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>               |                                                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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>               |                                                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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<br>CYWILNEJ: ALINA ELŻBIETA GALCZAK, WITOLD GALCZAK,<br>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>               |                                                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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<br>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                                                                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 2748240                                                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | BALUMED SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE<br>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<br>ZDROWOTNEJ W JASIEŃCU                                                  | 1                                  |
| 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                                                                                                      | 1                                  |
| 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                                                                                                      | 1                                  |
| 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<br>SPÓŁKA JAWNA                                                           | 1                                  |
| 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                                                                                                      | 1                                  |
| 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                                                                        | 1                                  |
| 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                                                                                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MISZEWO MUROWANE 09-470, UL. POŁUDNIOWA 11B                                                                          |                                    |

|                                                     |                                                               |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 24 260 60 21/732 957 514                                      | 1                                  |
| 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                                                |                                    |
| 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>               |                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŻABIA WOLA 96-321, UL. SPÓŁDZIELCZA 2B                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 728 999 665                                                   | 1                                  |
| 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<br>"MAGMEDIC" S.C.      |                                    |
| 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>               |                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZO "MAGMEDIC"                                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MAGNUSZEW 26-910, UL. KLONOWA 16                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 621 70 18                                                  | 1                                  |
| 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<br>KAROL RADZIWIŁŁ |                                    |
| 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>               |                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-798, UL. ROMUALDA MIELCZARSKIEGO 1                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 505 187 330                                                   | 1                                  |
| 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.                                                |                                    |
| 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>               |                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) PODSTAWOWEJ OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-776, UL. DERENIOWA 9                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 382 70 14/664 370 314                                      | 1                                  |
| 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                                              | 2                                  |
| 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                                                                  | 2                                  |
| 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                                                                  | 1                                  |
| 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                                                             | 2                                  |
| 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                                                             | 2                                  |
| 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                                                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LIPSKO 27-300, UL. 1 MAJA 79                                                     |                                    |
| 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                           | <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                                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-815, UL. SIENNA 83/189                                                                               | 1                                  |
| 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                           | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | OSMAN MEDICAL                                                                                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TRĄBKI 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 CHOROŃ WEWNĘTRZNYCH                                                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TRĄBKI 08-440, AL.OWOCOWA 30C                                                                                     | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 509 830 285                                                                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 199</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                           | <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                                                                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-936, ŚW. BONIFACEGO 70/U7-U11                                                                         | 2                                  |
| 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                           | <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                                                                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NARUSZEWO 09-152, NARUSZEWO 12B                                                                                   | 2                                  |
| 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                           | <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>               |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RZEKUŃ 07-411, UL.SZKOLNA 21                                                                                      | 1                                  |
| 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                           | <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>               |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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                                                    | 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                                            |                                    |
| 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                    | 1                                  |
| 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>               |                                                                      |                                    |
| 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.           | 2                                  |
| 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>               |                                                                      |                                    |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                 | 1                                  |
| 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                               | 1                                  |
| 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>               |                                                                      |                                    |
| 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                   | 1                                  |
| 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>               |                                                                      |                                    |
| 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 - BUDYNEK BYŁEGO GIMNAZJUM W JAKTOROWIE |                                    |



|                                                     |                                                                                                 |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JAKTORÓW, 96-313, UL. CHEŁMOŃSKIEGO 4                                                           | 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                                    |                                    |
| 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 MEDYCYN RODZINNEJ "ZDROWA RODZINA" S.C., BEATA EL SOUSY, KHALED EL SOUSY       |                                    |
| 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 MEDYCYN 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 |                                    |
| 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                                                  |                                    |
| 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                                                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIENNO 27-350, UL. CZACHOWSKIEGO 4                                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 312 13 60                                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                   | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 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                         |                                                                   |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 213      | od 31.12.2020 r.                                                  | szczepienie populacyjne     |
| 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                                                          |                             |
|                                                   |                                                                   |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                   | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                   |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                   | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                   |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                   | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                   |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                   | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                   |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |                                                                   | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                   |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 6                    |                                                                   | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                   |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 7                    |                                                                   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                   | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMIANKI 05-092, UL. WARSZAWSKA 55                                |                             |
| telefon/ telefony                                 | 22 737 50 50                                                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                     |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                   |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 8                    |                                                                   | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                   |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 9                    |                                                                   | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                   |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 10                   |                                                                   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                   |                             |

|                                                     |                                                                                          |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-248, JANA KAZIMIERZA 28/5LU, 6LU, 7LU, 8LU                                   | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 737 50 50                                                                             |                                    |
| 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 03-138, STRUMYKOWA 4/U1,U2,U4                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 737 50 50                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 27.01.2022 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 01-248, JANA KAZIMIERZA 64/U4                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 737 50 50                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 27.01.2022 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                                                        |                                    |
| 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                                                        |                                    |
| 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>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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>               |                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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               | 1                                  |
| 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>               |                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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.     | 1                                  |
| 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>               |                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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 | 5                                  |
| 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                                      | 1                                  |
| 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.                                 | 1                                  |
| 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                                                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WIENIAWA 26-432, UL. KOCHANOWSKIEGO 86                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 673 00 09                                                                             | 2                                  |
| 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                                                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-720, UL. CZERNIAKOWSKA 131/2                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 841 05 11                                                                             | 2                                  |
| 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   | WARSZAWA 00-454, UL. MIKKEGO 4                                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 627 11 01                                                                             | 2                                  |
| 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                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIAŁOBRZEGI 26-800, UL. SPACEROWA 29                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 883 623 370                                                                              | 1                                  |
| 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                                                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LELIS 07-402, DĄBRÓWKA 52                                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 761 71 22                                                                             | 1                                  |
| 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                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CIEPIELÓW 27-310, UL. BATALIONÓW CHŁOPSKICH 6                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 378 80 11/500 102 891                                                                 | 1                                  |
| 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. MAKLAKIEWICZA 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. MAKLAKIEWICZA 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                           | 31.12.2021 r.                                                                                       |                                    |
| <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                                                                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | HUSZLEW 08-206, HUSZLEW 150                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 833 580 121                                                                                         |                                    |
| 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                                         | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOLA MYSTKOWSKA, 07-206, WOLA MYSTKOWSKA 14                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 741 83 79                                                 |                                    |
| 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           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOMIANKA-PARCELE 07-203, SOMIANKA-PARCELE 25B                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 741 87 22                                                 |                                    |
| 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                                              | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTRÓW MAZOWIECKA 07-300, UL. PIŁATA 20A                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 766 61 73                                                 |                                    |
| 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                                  | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LIPOWIEC KOŚCIELNY 06-545, LIPOWIEC KOŚCIELNY 26             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 655 50 03                                                 |                                    |
| 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:                                              | BELLES-A-MED ZDROWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOBYŁKA 05-230, UL. ZAŁUSKIEGO 35                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 510 519 380                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 386089570                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | BELLES-A-MED ZDROWIE                                         | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOBYŁKA 05-230, UL. ZAŁUSKIEGO 35                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 510 519 380                                                  |                                    |
| 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 BRZOZOWSKA PRZYCHODNIA LEKARSKA                        |                                    |
| 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>               |                                                                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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 |                                    |
| 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>               |                                                                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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                                                                            |                                    |
| 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>               |                                                                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MACIEJOWICE 08-480, UL. PIRAMOWICZA 5                                                                                 |                                    |
| 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 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                           | 09.12.2021 r.                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>               |                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - 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                           | 09.12.2021 r.                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>               |                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ W CENTRUM ZDROWIA BIAŁOŁĘKA                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-260, UL. PRZYKOSZAROWA 16                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 668 491 000                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 01.12.2021 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 03-130, UL. MILENIJNA 4                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 512 911 609                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 01.12.2021 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>               |                                                              |                                    |
| 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 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                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              |                                    |
| 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                           |                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 247</b> | od 31.12.2020 r.                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SZPZLO 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                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              |                                    |
| nazwa:                                              | SZPZLO 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                           |                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SZPZLO 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                           |                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SZPZLO 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                           |                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | ZAKŁAD LECZNICTWA OTWARTEGO 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                           |                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | ZAKŁAD LECZNICTWA OTWARTEGO UL. STYRSKA                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 04-188, UL. STYRSKA 44                             |                                    |

|                                                     |                                                                          |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 22 810 24 91                                                             | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 248</b> | od 31.12.2020 r.                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIEDLCACH               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIEDLCE 08-110, UL. STAROWIEJSKA 15                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 797 043 207                                                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 00031030900027                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GMINNY 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:                                              | GMINNY 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. OSIEDLOWA 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                                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRZEWODOWO-PARCELE U6-126, PRZEWODOWO-PARCELE 141                        |                                    |

|                                                     |                                                                  |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 23 691 30 16                                                     | 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   | SZYSZKI, 06-126, SZYSZK 97/2                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 691 52 21                                                     | 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:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ DAR-MED WINNICA            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WINNICA 06-120, UL. WIDOK 1                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 691 40 15                                                     | 1                                  |
| 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             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OBRYTE 07-215, OBRYTE 47                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 741 10 06                                                     | 1                                  |
| 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)                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOBYŁKA 05-230, UL. ŻYMIRSKIEGO 2                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 182 25 80 WEW. 6                                              | 1                                  |
| 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                                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSZKÓW 07-200, UL. STRUMYKOWA 2                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 883 936 985                                                      | 1                                  |
| 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:                                              | NZOZ AMED                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRÓJEC 05-600, UL. PIŁSUDSKIEGO 33                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 664 55 80/669 490 503/576-419-311                             | 1                                  |
| 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   | WARSZAWA 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 PRZYCHODNIA 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                                 | 016137181                                                                |                                    |
|                                                     |                                                                          |                                    |
| <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                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                            |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 31.12.2021 r.                                                            |                                    |
| <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                                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-020, UL. CHMIELNA 14                                         |                                    |
| 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 DRAGONÓW                      | 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                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-445, UL. CIOŁKA 11                                                             |                                    |
| 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 - 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 - 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 SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSOGRÓD 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 DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY                                                             | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSOGRÓD 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                   | <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 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 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 - 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                           | 31.08.2021 r.                                             |                                    |

|                                                     |                                                                                  |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <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<br>W 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<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                               |                                    |
| 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                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWE MIASTO 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 MEDYCYNY RODZINNEJ „REVITA” S.C. RENATA<br>SKUBA, ZBIGNIEW WITOLD SKUBA |                                    |
| 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         |                                    |
| 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 HUMIECKA 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                                                                   |                                    |

|                                                     |                                              |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSIECK 08-445, UL. RYNEK 21                  | 1                                  |
| 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     | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | PRZASNYSZ 06-300, UL. ŚWIERCZEWO 35          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 501 537 321/29 752 20 78                     |                                    |
|                                                     | 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  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZDROWOTNEJ                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | SOCHOCIN 09-110 ,UL. CIECHANOWSKA 14         |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 23 661 80 06                                 |                                    |
|                                                     | 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     | 1                                  |
| 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                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CZARNIA, 07-431, CZARNIA 35                  |                                    |
| 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 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZDROWOTNEJ                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | KONSTANCIN-JEZIORNA 05-510, UL. WARECKA 15A  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 22 754 42 02                                 |                                    |
|                                                     | 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CLINAG SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ<br>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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ "POŁUDNIE" W RADOMIU SPÓŁKA Z<br>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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO SABINA<br>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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA RODZINNA W WIŚNIEWIE GRABEK I<br>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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ REGIONALNE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z<br>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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                              | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I<br>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"                   | 1                                  |
| 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                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIŃSK MAZOWIECKI 05-300, UL. KRESOWA 65                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 690 310 513                                                     |                                    |
| 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:                           | 1                                  |
| 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                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZIELONA 09-310, UL. PIWNA 1                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 657 90 53                                                    |                                    |
| 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 | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-781, UL. PILECKIEGO 105                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 883 840 695                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 00141106000057                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA MEDYCYNY PALIATYWNEJ                                   | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-781, UL. PILECKIEGO 105                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 883 840 695                                                     |                                    |
| 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                                       | 1                                  |
| 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                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-411, AL. SOLIDARNOŚCI 12                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 703 43 85                                                    |                                    |
| 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                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-136, PL. ŻELAZNEJ BRAMY 10                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 703 43 85                                                    |                                    |
| 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                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 04-186, UL. GROCHOWSKA 23/31                          |                                    |

|                                                     |                                                                                              |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 22 703 43 85                                                                                 | 1                                  |
| 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                           | 31.08.2021 r.                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 285</b> | od 31.12.2020 r.                                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "CENTRUM"<br>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<br>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<br>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<br>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:                                              | WIACZEŚŁAW GRYSZKIEWICZ                                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GULCZEWÓ 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.                                                         |                                    |
| 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                           |                                    |

|                                                     |                                                                                             |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 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>               |                                                                                             |                                    |
| 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<br>NOWOCIEŃ 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>               |                                                                                             |                                    |
| 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"<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1                                  |
| 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<br>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<br>W JASTRZĘBIU                              | 1                                  |
| 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-<br>MIROŃSKA                                   | 1                                  |
| 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"-<br>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>               |                                                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BOGUTY-PIANKI 07-325, UL. TARGOWA 17                                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 86 277 50 06                                                                                                         | 1                                  |
| 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                                                                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | FAŁĘCICE 26-803, FAŁĘCICE 41                                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 615 10 14                                                                                                         | 1                                  |
| 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                                                                         |                                    |
| 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                                                                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MROZY 05-320, UL. WILLOWA 12                                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 757 40 01                                                                                                         | 1                                  |
| 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"<br>HANNA BRUSIKIEWICZ I SKA - SPÓŁKA JAWNA                                 |                                    |
| 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                                                                                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-672, UL. POLNA 3                                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 636 47 74                                                                                                         | 2                                  |
| 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.                                                                                              |                                    |
| 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                                                                                      |                                    |
| 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                                                                                            | 2                                  |
| 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<br>RODZINNI „SALUS AEGROTI” SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| 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>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                          | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-310, UL. ROŻŁOGI 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"                                                      |                                    |
| 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>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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"<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| 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>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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.                                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-683, UL. TUŻYCKA 31                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 744 31 50                                                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 15791560                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWY DLA DOROSŁYCH                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-683, UL. TUŻYCKA 31                                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 744 31 50                                                                             |                                    |
| 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                                                                          |                                    |



|                                                     |                                                                                         |                                |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-743, UL. KIJOWSKA 11                                                        | 1                              |
| 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                                                    | 1                              |
| 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>               |                                                                                         |                                |
| 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"                                                         | 1                              |
| 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>               |                                                                                         |                                |
| 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"<br>ALEKSANDER RYBNER I MAGDALENA DOMAŃSKA-RYBNER | 2                              |
| 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>               |                                                                                         |                                |
| 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                                                        | 1                              |
| 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>               |                                                                                         |                                |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA POZ                                                                     | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LUBOWIDZ 09-304, UL. PODŚWIĘTNA 12                                                      |                                |
| telefon/ telefony                                   | 23 658 20 76                                                                            |                                |
| 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                                           | 1                              |
| 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>               |                                                                                         |                                |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                         | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRUDZEŃ DUŻY 09-414, UL. JANA PAWŁA II 2                                                |                                |
| telefon/ telefony                                   | 24 260 40 21                                                                            |                                |
| 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<br>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                                                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MOGIELNICA 05-640, UL. DZIARNOWSKA 40                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 663 50 11                                                                          |                                    |
| 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                                              | 1                                  |
| 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)                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BROCHÓW 05-088, BROCHÓW 124                                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 725 70 52                                                                          |                                    |
| 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<br>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<br>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<br>LECZNICTWA 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. MILENIJNA 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                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-260, UL. PRZYKOSZAROWA 16                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 668 491 000                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 30.11.2021 r.                                                                   |                                    |
| <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                           | 30.11.2021 r.                                                                   |                                    |
| <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                           | 30.11.2021 r.                                                                   |                                    |
| <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"<br>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<br>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                                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEGIONOWO, 05-120, UL. SOWIŃSKIEGO 4                                            |                                    |
| 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                           | 14.10.2021 r.                                                                       |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 319</b> | od 31.12.2020 r.                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>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<br>PODSTAWOWEJ OPIEKI 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                                                                                                               | 1                                  |
| 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                                                                                     | 1                                  |
| 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<br>PRZYCHODNIA LEKARSKO-PIELĘGNIARSKA "COR-VITA"<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1                                  |
| 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<br>JAWNA                                                                             | 1                                  |
| 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | "MARVIT" SPÓŁKA CYWILNA MARYLA WASZCZUK,<br>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                                                                                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOBYŁKA 05-230, UL. BARTOSZA GŁOWACKIEGO 4                                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 45 959 53 59                                                                                                       | 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   | WOŁOMIN 05-200, UL. KOŚCIELNA 38                                                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 45 959 53 59                                                                                                       | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 329</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SOŁDACZEWSKA JOANNA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | LOTUS MEDICAL CENTER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | "NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>PRZYCHODNIA LEKARSKA-ZDROWIE" SPÓŁKA Z<br>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                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 759 16 57                                                                     | 1                                  |
| 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                                                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIONKI 26-670, UL. LEGIONISTÓW 38                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 612 07 74/48 312 14 46                                                        | 1                                  |
| 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 CHOROŃ WEWNĘTRZNYCH                                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-147, UL. WIEŻOWA 8                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 574 58 23,22                                                                  | 1                                  |
| 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 KMIĘC 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                                                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIENNO 27-350, UL. SŁONECZNA 2                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 378 60 25                                                                     | 1                                  |
| 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.                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MAGDALENA BIJAK- PERKA, DARIUSZ PERKA<br>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                                                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OWCZARNIA 05-807, UL. KAZIMIERZOWSKA 33D                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 729 15 01/22 720 65 71                                                        | 1                                  |
| 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     |                                    |
| 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"                         |                                    |
| 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 SIÓDMIĄK                               |                                    |
| 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 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 ZMIANA SIEDZIBY SPÓŁKI NA WARSZAWA 03-808, UL. MIŃSKA 25B |                                    |
| 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 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 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                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. MIRECKIEGO 10                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 360 22 22                                                                                     |                                    |
| 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                                                                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SANNIKI 09-540, UL. KRÓTKA 2                                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 277 60 28/24 277 61 59                                                                        |                                    |
| 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>               |                                                                                                    |                                    |
| nazwa:                                              | PORADNIA /GABINET/ PIELĘGNIARKI RODZINNEJ                                                          | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM 26-600, UL. 1905-ROKU 20                                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 360 20 16                                                                                       |                                    |
| 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>               |                                                                                                    |                                    |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MYSZYNIEC 07-430, UL. PAWŁOWSKIEGO 15                                                              |                                    |
| 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>               |                                                                                                    |                                    |
| 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>               |                                                                                                    |                                    |
| 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. JADŻWINGÓW 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. MALCZEWSKIEGO 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>Miejsce udzielania świadczeń 12</b>              |                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ – KLIMCZAKA                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-797, UL. KLIMCZAKA 4                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 530 438 489, call center 226996099                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 23.12.2021 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                            | <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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                            | <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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                            | <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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                            | <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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                            | <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              | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 358</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                            | <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>               |                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-452, UL. ZAWISZAKÓW 23                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 515 44 15                                       | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                    |                                    |



|                                                     |                                                                    |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 359</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                            | <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>               |                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                            | <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>               |                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                            | <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>               |                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                            | <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)                                  | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-957, UL. JANA III SOBIESKIEGO 18                       |                                    |
| 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                                         | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-972, ALEJA RZECZYPOSPOLITEJ 18/163/B                   |                                    |
| 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                            | <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                                                    | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-495, UL. WIOSNY LUDÓW 69                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 735 008 497                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 364</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                            | <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                                                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 585 62 29                                                                                            | 2                                  |
| 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                                                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 585 62 29                                                                                            | 1                                  |
| 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. 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                                                                       |                                    |
| 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                                                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIASECZNO 05-500, UL. FABRYCZNA 1                                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 782 478 339                                                                                             | 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 PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKOWEJ-RODZINNEJ GOŁKÓW                                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIASECZNO 05-502, UL. SKRZETUSKIEGO 17                                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 669 780 236                                                                                             | 1                                  |
| 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                                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZALESIE GÓRNE 05-540, UL. ŻŁOTEJ JESIENI 1                                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 669 780 240                                                                                             | 1                                  |
| 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                                                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-215, UL. SAPIEŻYŃSKA 3                                                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 390 33 00                                                                                            | 1                                  |
| 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:                                              | "ESCLAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>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<br>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<br>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                |                                    |

|                                                     |                                                                                                                  |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STARY LUBOTYŃ 07-303, STARY LUBOTYŃ 36A                                                                          | 2                                  |
| 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                                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-159, UL. ANDERSA 37                                                                                  |                                    |
| 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> |                                                                                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | KLINIKA NEURORADIOCHIRURGII SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>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:                                              | NZOZ "PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO" LEK. MED..<br>ADAM RAWSKI                                                   | 1                              |
| 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>               |                                                                                                                |                                |
| 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<br>KAZANOWIE SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY M.<br>CZERWONKA, G. DRAŻKIEWICZ | 1                              |
| 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>               |                                                                                                                |                                |
| 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<br>PIASTUN                                                      | 2                              |
| 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>               |                                                                                                                |                                |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                | 4                              |
| 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>               |                                                                                                                | 4                              |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- SPZOZ PIASTUN W PIASTOWIE                                                    |                                |
| 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<br>PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MODLINIE                  | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY DWÓR MAZOWIECKI 05-160, UL. 29 LISTOPADA<br>105                                                           |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 22 713 48 34                                                                                                   |                                |
| identyfikator REGON                                 | 014825505                                                                                                      |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                |                                |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ_FILIA DLA DZIECI                                                                          | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY DWÓR MAZOWIECKI 05-160, UL. OBROŃCÓW<br>MODLINA 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                                                                                     | 1                              |
| 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                         | 02.11.2021 r.                               |                                    |
| <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. KOBYLŃSKIEGO 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<br>P        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 602 09 97                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 25.07.2021 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 18</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 56                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 602 09 97                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 02.11.2021 r.                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 379</b> |                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W KLWOWIE |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KLWÓW 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   | KLWÓW 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> |                                                             | <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                                                      | 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                           | 30.09.2021 r.                                                                   |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CMD PIASECZNO                                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIASECZNO 05-500, UL. PUŁAWSKA 42B                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 500 900 800                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 08.07.2021 r.                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CM DAMIANA PL. KONESERA                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 03-736, UL. PL. KONESERA 10A                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 566 22 22                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 08.11.2021 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 ZDROWOTNEJW 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   | MYSZYNIEC 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                        | 1                                  |
| 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 | 1                                  |
| 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                           | 08.10.2021 r.                                                                       |                                    |
| Data ponownego dodania do wykazu                    | 08.10.2021 r.                                                                       |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 01.03.2022 r.                                                                       |                                    |
| <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 | 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                                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 671968354                                                                                           |                                    |
| <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. 1905 ROKU 20                                                                      |                                    |

|                                                     |                                                                                            |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 48 340 28 19/48 360 16 25                                                                  | 1                                  |
| 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>               |                                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-739, UL. WAŁBRZYSKA 11/55                                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 458 69 69                                                                               | 1                                  |
| 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>               |                                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-181, UL. KARMELICKA 26                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 692 238 592                                                                                | 1                                  |
| 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>               |                                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWO – SZCZEPIENNY                                                            |                                    |
| 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                                                            |                                    |
| 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>               |                                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                            |                                    |
| 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                                                                  | 1                                  |
| 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                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JEDLŃA LETNISKO 26-630, UL. CHOPINA 1                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 322 10 23                                                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 670877603                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                            | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JEDLŃA LETNISKO 26-630, UL. CHOPINA 1                                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 519 633 392                                                                                | 2                                  |
| 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                                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GROSZOWICE, 26-630, GROSZOWICE                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 515 828 301                                                                                | 1                                  |
| 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                                            |                                    |
| 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>               |                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ MAL MED                                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRUSZKÓW 05-800, UL. POWSTAŃCÓW 7/U1                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 574 555 543                                               | 1                                  |
| 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                                          |                                    |
| 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>               |                                                           | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET LEKARZA POZ                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAW 00-270, UL. KRZYWE KOŁO 8/10                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 831 07 21                                              | 1                                  |
| 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. KSIAŻĘCA 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                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PARYSÓW 08-441, UL. KSIAŻĘCA 13                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 506 787 922                                               | 1                                  |
| 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. PRZYTUŁNA 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                                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL. PRZYTUŁNA 3                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 646 29 13                                              | 1                                  |
| 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                                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOBOKŁĘSZCZ 06-440, UL. NASIELSKA 36A                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 671 41 60                                              | 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 GOŁOTCZYNA                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GOŁOTCZYNA 06-430, UL. CHABROWA 2                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 617 30 41                                              | 1                                  |
| 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                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-829, UL. SAMSONOWSKA 1                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 797 519 764                                                      | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 04.10.2021 r.                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA OPIEKI PODSTAWOWEJ -<br>UL. ROMERA 4                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-784, UL. ROMERA 4                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 641 64 54                                                     | 1                                  |
| 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              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-791, UL. NA UBOCZU 5                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 648 84 96                                                     | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 11.02.2021 r.                                                    |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SPZOZ WARSZAWA-URSYNÓW PUNKT SZCZEPIEŃ UL.<br>KAJAKOWA           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-838 UL. KAJAKOWA 12                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 855 47 39                                                     | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 23.12.2021 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<br>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                                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-140, UL. ODKRYTA 4                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 100 52 82                                                     | 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 LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KARNIEWO 06-425, UL. SZKOLNA 16                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 69 19 27                                                      | 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:                                              | GABINET LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZELKÓW 06-220, SZELKÓW 53                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 717 60 08                                                     | 1                                  |
| 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,<br>REMIGIUSZ 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                                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LELIS 07-402, UL. SZKOLNA 47                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 761 10 80                                                     | 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                                                                                  | 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                                      | 2                                  |
| 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>               |                                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA RODZINEGO                                                                       | 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. Z O. O.                                                                   | 1                                  |
| 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>               |                                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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                                   | 22 592 48 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:                                              | 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>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET ZABIEGOWY                                                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-042, UL. MOCHNACKIEGO 10                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 592 48 00                                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 12.10.2021 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.                                                      | 1                                  |
| 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>               |                                                                                                  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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 SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1                                  |
| 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> |                                                                                                          | <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> |                                                                                                          | <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> |                                                                                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKRZYNIE                                                |                                    |
| 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> |                                                                                                          | <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> |                                                                                                          | <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                                                                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | POKRZYWNICA 06-121, UL. PRZEMYSŁOWA 1                                                                    |                                    |

|                                                     |                                                             |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 23 691 87 80                                                | 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   | DZIERŻENIN 06-114, DZIERŻENIN 101                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 691 04 22                                                | 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   | OBRYTE 07-215, OBRYTE 187                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 741 10 12                                                | 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   | PUŁTUSK 06-100, UL. BOGDANA TEODORA JAŃSKIEGO 3             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 692 40 02                                                | 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   | KRASNE 06-408, UL. MIKOŁAJA KOPERNIKA 3                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 671 00 25                                                | 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   | ZIELONA 06-408, ZIELONA 28                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 671 03 23                                                | 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   | ZATORY 07-217, UL. JANA PAWŁA II 130                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 741 03 16                                                | 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:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WINNICA 06-120, UL. WIDOK 1                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 691 43 00                                                | 1                                  |
| 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                                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIONKI 26-670, UL. SIENKIEWICZA 4                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 307 04 55                                                | 1                                  |
| 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                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZIELONKA 05-220, UL. PONIATOWSKIEGO 97                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 662 553 337                                                 | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                               |                                    |

|                                                     |                                                                  |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 416</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                          | <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                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-175, UL. JANA PAWŁA II 78          |                                    |
| 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. - 11.07.2021 r.                  |                                    |
| <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                                                                                          | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 25 682 70 22                                                                                                           |                                    |
| 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                                                                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TROJANÓW 08-455, TROJANÓW 57A                                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 682 70 22                                                                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 27.01.2021 r.                                                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 01.09.2021 r. - 31.12.2021 r. CZASOWE ZAWIESZENIE DZIAŁALNOŚCI PUNKTU, WZNOWIENIE DZIAŁALNOŚCI PUNKTU OD 22.11.2021 r. |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 420</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PORADNIA MEDYCZYNY RODZINNEJ SP.Z O.O.                                                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIONKI 26-670, UL. POLNA 25C                                                                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 48 610 68 77                                                                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 362745797                                                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                                                        | 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 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)                                                                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CZERWIN 07-407, UL. MAZOWIECKA 13B                                                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 761 49 80                                                                                                           |                                    |
| 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                                                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-497, UL. ALEKSANDRA PRYSTORA 8                                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 434 09 09                                                                                                           |                                    |
| 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                                                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-222, AL. JEROZOLIMSKIE 179                                                                                 |                                    |
| 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. ODDZIAŁ PRZYOKOPOWA                                                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-208, UL. PRZYOKOPOWA 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. 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                           |                                                                                                                        |                                    |

|                                                     |                                                                       |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 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-BAK 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                                                       | 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>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<br>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.                                  | 1                                  |
| 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                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KONSTANCIN-JEZIORNA, 05-510,<br>UL. WALENTYNOWICZ 24           |                                    |
| 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 )                                     | 2                                  |
| 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>               |                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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                                            | 1                                  |
| 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>               |                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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 | 1                                  |
| 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>               |                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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                                         | 1                                  |
| 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>               |                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-845, PUŁAWSKA 410A                                  |                                    |
| 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,<br>JAN WĄGRODZKI | 1                                  |
| 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<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ             | 4                                  |
| 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 BIELACZYC-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<br>MARIA MACIOSZCZYK JADWIGA MORKA DANUTA<br>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<br>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<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA<br>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                                                                                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-495, UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 2                                                                       |                                    |
| 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 MEDYCZNY I REHABILITACJI ARTKINEZIS SP. Z<br>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                                                                                                  | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŻYRARDÓW 96-300, UL. WIEJSKA 19/21                                                                               |                                    |
| 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<br>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-URBANIEK                                       |                                    |
| 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.                                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ELŻBIETÓW, 96-516, ELŻBIETÓW 48                                         |                                    |
| 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                                                    | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOŁOMIN 02-200, UL. WILEŃSKA 74                                         |                                    |
| 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 - 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 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 | 1                                  |
| 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                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NUR 07-322, UL. DROHICZYŃSKA 8                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 862 774 063                                                            |                                    |
| 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   | OLEŚNICA 08-117, OLEŚNICA 132                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 785 60 66                                                           |                                    |
| 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   | POŚWIĘTNE 05-326, UL. SZKOLNA 4                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 786 07 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:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PUSTELNIK 05-305, UL. SZKOLNA 16                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 417 33 86                                                           |                                    |
| 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   | SIEDLCE 08-110, UL. KSIĘDZA JANA NIEDZIAŁKA 14                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 785 60 01                                                           |                                    |
| 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   | SIEDLCE 08-110, UL. GENERAŁA FRANCISZKA KLEEBERGA 2                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 785 60 40                                                           |                                    |
| 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   | STRACHÓWKA 05-282, UL. CYPRIAN KAMILA NORWIDA 7                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 785 69 01                                                           |                                    |
| 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   | STERDYŃ 08-320, UL. LIPOWA 1A                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 785 69 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:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-536, UL. LUDWIKA NARBUTTA 29                               |                                    |
| 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, WIERZBNO 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. PODŁASKA 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                                         |                                    |
| 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, ŁÓŻEŚCÓW |                                    |

|                                                     |                                                                                                                   |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JÓZEFÓW, 05-420, UL. DŁUGA 44                                                                                     | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 22 789 89 89                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 17.05.2021 r.                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 18.10.2021 r.                                                                                                     |                                    |
| <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                           | 21.10.2021 r.                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 25</b>              |                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIELANY-ŻYŁAKI, 08-311, UL. SIEDLECKA 6A                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 633 35 55                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 15.03.2022 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<br>ZDROWOTNEJ 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                                                                                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MARKI 05-270, UL. KASZTANOWA 8                                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 674 15 53                                                                                                            | 1                                  |
| 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<br>SP ZOZ W 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                                                                                                         |                                    |
| 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                                                                                    | 2                                  |
| 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                                                                                                         |                                    |
| 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                                                                                               | 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   | MAGDALENKA 05-506, UL. SŁONECZNA 273                                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 757 99 64/22 727 12 84                                                                                               | 1                                  |
| 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<br>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>               |                                                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GIELNIÓW 26-434, UL. PIŁSUDSKIEGO 47                                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 672 00 14                                                                                                            | 1                                  |
| 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>               |                                                                                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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                                                                                                            | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 30.11.2021 r.                                                                                                           |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 456</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SŁAWOMIR MAJEWSKI - NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO LEK.<br>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>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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                      | 1                                  |
| 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>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | OŚRODEK ZDROWIA W CHYNOWIE                                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CHYNÓW 05-650, UL. GŁÓWNA 56                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 533 812 337                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 18.10.2021 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 | 1                                  |
| 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                                                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RZEWNIE 06-225, RZEWNIE 51                                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 761 34 66                                                                              |                                    |
| 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                                                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KORYTNICA 07-120, UL. MAŁKOWSKIEGO 20/1                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 25 661 22 21                                                                              |                                    |
| 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 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                                                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CZERWIN 07-407, UL. PARKOWA 1                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 29 761 45 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                                                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-410, UL. PPŁK. ŁUKASZA CIEPLIŃSKIEGO "PŁUGA" 4/4                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 577 390 290                                                                               |                                    |
| 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                                                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PUŁTUSK 06-100, UL. PIOTRA SKARGI 23/29                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 692 13 70                                                                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                           |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                       | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | PORADNIA LEKARZA POZ-FILIA W MŁYNARZACH                                                               | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MŁYNARZE 06-231, UL. OSTROŁĘCKA 7A                                                                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 602 714 311                                                                                           |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                                       | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                                                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                                                       | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                                                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |                                                                                                       | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                                                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 6                    |                                                                                                       | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                                                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 7                    |                                                                                                       | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                                                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 8                    |                                                                                                       | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO FILIA WIECZFNIA KOŚCIELNA                                                 | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIECZFNIA KOŚCIELNA 06-513, WIECZFNIA KOŚCIELNA 44                                                    |                             |
| telefon/ telefony                                 | 23 654 00 10                                                                                          |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 9                    |                                                                                                       | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                                                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 10                   |                                                                                                       | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                                                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 11                   |                                                                                                       | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                                                       |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 463      |                                                                                                       | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:                                            | HIPOKRATES S.C. ROBERT GAJDA, JAN SADOWSKI OD DNIA 08.11.2021 r. HIPOKRATES ROBERT GAJDA SPÓŁKA JAWNA |                             |
| 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                                     | 1                                  |
| 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. | 1                                  |
| 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                                                     | 1                                  |
| 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.                                                             | 1                                  |
| 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                                                        | 1                                  |
| 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                                                        | 1                                  |
| 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.                                               | 1                                  |
| 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                           | 1                                  |
| 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                      | 2                                  |
| 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                                                            | 2                                  |
| 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                                  | 2                                  |
| 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                                                                            | 2                                  |
| 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                  | 1                                  |
| 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                                                                             | 1                                  |
| 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                                                     | 2                                  |
| 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                                                                                | 2                                  |
| 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                                          | 1                                  |
| 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                                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-951, UL. CHORĄGWI PANCERNEJ 50                                                     |                                    |
| 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 | 1                                  |
| 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 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-097, UL. JANA NIELUBOWICZA 5                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 599 18 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:                                              | CENTRUM MEDYCZNE WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-097, UL. BINIECKIEGO 6                                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 255 77 77                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 02.11.2021 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                                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 414 11 00                                                                                            | 1                                  |
| 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                                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 375 85 27                                                                                            | 1                                  |
| 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, DIAGNOSTYKI I TERAPII MAŁEGO DZIECKA                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-972, UL. SARMACKA 18/93                                                                     | 1                                  |
| 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 SPÓŁKA KOMANDYTOWA                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY DWÓR MAZOWIECKI, 05-100, 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 SPÓŁKA KOMANDYTOWA                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY DWÓR MAZOWIECKI 05-100, UL. SUKIENNA 78                                                            | 1                                  |
| 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, BARTŁOMIEJ KARDASZ, AGNIESZKA BRZOZOWSKA-KARDASZ S.C. |                                    |
| 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, BARTŁOMIEJ KARDASZ, AGNIESZKA BRZOZOWSKA-KARDASZ S.C. |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-052, UL. ŚWIĘTOKRZYSKA 18                                                                   | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 570 585 670                                                                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                         |                                    |

|                                                     |                                                                        |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 478</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GABINET STOMATOLOGICZNY SMILE INSTITUTE W ZWOLENIU                     |                                    |
| 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                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZWOLEŃ 26-700, UL. WOJSKA POLSKIEGO 91                                 | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 815 112 150                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 479</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SULEJÓWKU             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SULEJÓWEK 08-070, UL. IDZIKOWSKIEGO 7B                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 783 55 06                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 13008632                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SULEJÓWKU             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SULEJÓWEK 05-071, UL. ARMII KRAJOWEJ 21                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 507 877 683                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 480</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                | <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                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ EZMED                                                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-335, UL. SYROKOMLI 16                                      | 1                                  |
| 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | OBOK 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                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | OBOK LASU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRĘBISZEW 05-300, UL. ROZWOJOWA 79                                     | 2                                  |
| 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                | <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:                                  | 510 519 380                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 363024901                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | BELLESA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOBYŁKA 05-230, UL. NAPOLEONA 20                                       | 2                                  |
| telefon/ telefony                                   | 510 519 380                                                            |                                    |
| 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 PUBLICZNYCH NR 2 W KOBYŁCE |                                    |



|                                                     |                                                                                    |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOBYŁKA, 05-230, UL. ELIZY ORZESZKOWEJ 3/5                                         | 6                                  |
| telefon/ telefony                                   | 510 519 380                                                                        |                                    |
| 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>               |                                                                                    |                                    |
| 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>               |                                                                                    |                                    |
| 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                           | 28.02.2022 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>               |                                                                                    |                                    |
| 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>               |                                                                                    |                                    |

|                                                     |                                                                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE COMPLEX - MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIŃSK MAZOWIECKI 05-300, PL. KLIŃSKIEGO 4 LOK 1.2                              |                                    |
| 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                                               | 1                                  |
| 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>               |                                                                                |                                    |
| nazwa:                                              | LECNICA ROMA RN PKPS                                                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-116, UL. ŚWIĘTOKRZYSKA 30 L.152                                    |                                    |
| 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                                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-367, UL. GRÓJECKA 118                                             |                                    |
| 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                | 2                                  |
| 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>               |                                                                                |                                    |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ - SPZOZ GÓRA KALWARIA                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GÓRA KALWARIA 05-530, UL. PORUCZNIKA. JANA BIAŁKA 4                            |                                    |
| 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                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BANIOCHA 05-532, UL. PUŁAWSKA 2A                                               |                                    |
| 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:                                              | STOŁECZNE CENTRUM OPIEKUŃCZO-LECZNICZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1                                  |
| 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>               |                                                                                |                                    |
| 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 | 2                                  |
| 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>               |                                                                                |                                    |
| 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                      | <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                                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZĄBKI 05-091, UL. KS. I. SKORUPKI 37A                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 400 13 77                                                                 | 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 POWSZECHNYCH - DRIVE-THRU<br>MIASTECZKO RUCHU DROGOWEGO ZĄBK |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZĄBK, 05-091, UL. TĘCZOWA 16                                                 | 4                                  |
| telefon/ telefony                                   | 787 957 740                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 28.04.2021 r.                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 26.10.2021 r.                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 492</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                      | <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                                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-044, UL. SPOKOJNA 5                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 660 428 754                                                                  | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 493</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA-ŻOLIBOZ  |                                    |
| 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                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 833 14 77                                                                 | 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 - SPZZLO                                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-922, UL. CONRADA 15                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 833 14 77                                                                 | 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 - SPZZLO                                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁOMIAŃKI 05-092, UL. SZPITALNA 6                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 833 14 77                                                                 | 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:                                              | PORADNIA POŁOŻNEJ POZ - SPZZLO                                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-887, UL. ŻEROMSKIEGO 13                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 833 14 77                                                                 | 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:                                              | PRZYCHODNIA ELBLĄSKA                                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-637, UL. ELBLĄSKA 35                                                       |                                    |
| 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                                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-922, UL. KOCHANOWSKIEGO 19                                                 |                                    |
| 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                                                                   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-887, UL. KLAUDYNY 26 B                                                    |                                    |
| 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:                                              | PRZYCHODNIA FELIŃSKIEGO                                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-513, UL. FELIŃSKIEGO 8                                                    |                                    |
| 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                                                       | 1                                  |
| 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>               |                                                                          |                                    |
| 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                           | 1                                  |
| 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              | 4                                  |
| 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                                                          | 3                                  |
| 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 | 1                                  |
| 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, 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 PRZYCHODNIA LEKARSKA NEUROMEDYKA EMILIA KOTOWSKA-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 - 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                           | 09.09.2021 r.                                                                                    |                                    |
| <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, 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 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:                                  | 22 370 27 46                                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 146726100                                                                                           |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | UNIwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka 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                                                                  | 1                                  |
| 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 CHOROŃ 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                                               | 1                                  |
| 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                                                                                        |                                    |
| 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                                                                                | 1                              |
| 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<br>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>               |                                                                                             |                                |
| 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<br>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>               |                                                                                             |                                |
| 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>               |                                                                                             |                                |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-PORADNIA<br>RODZINNA MONIKA MAŁECKA - PUNKT SZCZEPIEŃ | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LIPSKO 27-300, UL. 1 MAJA 79                                                                |                                |
| 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                                                                   | 1                              |
| 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>               |                                                                                             |                                |
| 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<br>EWA LANGE                                 | 1                              |
| 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>               |                                                                                             |                                |
| nazwa:                                              | INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA<br>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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                            | <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                                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-672, UL. DOMANIEWSKA 34A                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 728 941 357                                                                        | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 513</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                            | <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                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZAŁĄZY 26-704, ZAŁĄZY 25                                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 48 677 50 09                                                                       | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 514</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | IRENEUSZ MAREK RÓŻAŁSKI                                                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OPINOGÓRA GÓRNA 06-406, 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                                                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OPINOGÓRA GÓRNA 06-406, UL. KRASIŃSKIEGO 2                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 671 70 26                                                                       | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 515</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY MIEJSKO-GMINNY ZAKŁAD OPIEKI 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                                                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIEŻUŃ 09-320, UL. ZACISZE 2                                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 23 657 70 00                                                                       | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 516</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA 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 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                                                                       | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 26.01.2021 r.                                                                      |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 517</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                      |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W 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<br>W 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                                                                      | 1                                  |
| 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<br>ZDROWIA" 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<br>ZDROWIA"                           | 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 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 BRZEŃSKI 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                                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 05-077,<br>UL. TRAKT BRZEŃSKI 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                                                               | 1                                  |
| 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                                                                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-161, UL. KOMORSKA 37                                                                                     |                                    |
| 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" SC                                                           | 1                                  |
| 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>               |                                                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OŚRODEK ZDROWIA" 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                                                                                 | 1                                  |
| 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>               |                                                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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<br>SPÓŁKA PARTNERSKA                                                     | 1                                  |
| 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>               |                                                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ (ZGODNIE Z KRS OD DNIA<br>08.09.2021 r. - DIAGNOSTYKA S. A. ) | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRAKÓW 31-864,<br>UL. PROF. MICHAŁA ŻYCZKOWSKIEGO 16                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 12 29 50 100                                                                                                         |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 356366975                                                                                                            |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                      | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |                                                                                                                      |                                    |
| <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 03-710, UL. OKRZEI 18/U5                                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 12 295 01 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:                                              | 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                           |                                                                                                             |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 527</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NORTH MEDICAL HOLDING SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ NASZA GRUPA MEDYCZNA<br>SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WROCŁAW 50-456, UL. DWORCOWA 11B                                                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 693 424 008                                                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 382992698                                                                                                   |                                    |
|                                                     |                                                                                                             |                                    |
| <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 02-797, UL. KLIMCZAKA 8                                                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 508 777 223                                                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 18.10.2021 r.                                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           | 14.10.2021 r.                                                                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                             | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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. BŁACHNICKIEGO 16                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 508 777 223                                                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04.05.2021 r.                                                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 13.09.2021 r.                                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 528</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                                                    |                                    |
|                                                     |                                                                                                             |                                    |
| <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 42B                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 500 900 800                                                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                               |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 07.07.2021 r.                                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 529</b> | od 31.12.2020 r.                                                                                            | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SAN-MED"<br>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<br>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<br>ZDROWOTNEJ                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁĘG PROBOSTWO 09-209, ŁĘG PROBOSTWO 23                                                                      |                                    |



|                                                     |                                                                                            |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 24 260 32 66                                                                               | 1                                  |
| 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                                                                       |                                    |
| 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 MARIOLA HNAT-ŚNIEŻEK - GABINET ZABIEGOWY | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SARBIEWO, 09-130, SARBNIEWO 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                                                                           |                                    |
| 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, 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.                                                                 |                                    |

|                                                     |                                                                                                                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 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 MEDYCYNIA 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>               |                                                                                                                                |                                    |
| 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<br>NIEPORĘCIE; LEK. MED. K.KIDAŁA, S.OLCZYK SPÓŁKA<br>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>               |                                                                                                                                |                                    |
| nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA POZ                                                                                                           | 1                                  |
| 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<br>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>               |                                                                                                                                |                                    |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ - CENTRUM MEDYCZNE NIEPORĘT<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                         | 1                                  |
| 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<br>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>               |                                                                                                                                |                                    |
| nazwa:                                              | GRUPA MEDYCZNA VERTIMED                                                                                                        | 1                                  |
| 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<br>ZDROWOTNEJ "OLSZTYŃSKA" DĘBIŃSKA,<br>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>               |                                                                                                                                |                                    |

|                                                     |                                                                              |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | PORADNIA (GABINET) PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                             | 1                                  |
| 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, 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                           | 31.08.2021 r.                                                                |                                    |
| <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                                                    |                                    |

|                                                     |                                                                                               |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA WESOŁA 05-075,<br>UL. JANA KILIŃSKIEGO 48                                            | 1                                  |
| 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<br>PRZYCHODNIA LEKARSKA "VISH-MED" HALINA<br>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<br>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<br>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<br>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"                                                                 |                                    |

|                                                     |                                                                   |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-874, UL. PRZEWODOWA 32                                | 1                                  |
| 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<br>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>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | GABINET SZCZEPIEŃ BIELANY                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-882, UL. STEFANA ŻEROMSKIEGO 29                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 530 553 324                                                       |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 27.01.2022 r.                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 549</b> | od 31.12.2020 r.                                                  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PALIMUM 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:                                              | PALIMUM SP. Z O.O. PRZYCHODNIA W JOŃCU - PUNKT<br>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<br>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<br>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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                               | <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 PULMUNOLOGICZNA                                                                              | 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                               | <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                                 | 015251041                                                                                             |                                    |
| <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                           | 31.08.2021 r.                                                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 554</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                               | <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                                                                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MAK-MED SPÓŁKA CYWILNA MAŁGORZATA KOZŁOWSKA, ZBIGNIEW KOZŁOWSKI |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOŁOMIN 05-200, UL. GDYŃSKA 61                                                                        |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 787 96 21                                                                                          |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 140752088                                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MAK-MED                                                         | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOŁOMIN 05-200, 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> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                               | <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                                                                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |                                                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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.                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SZPITAL ŚW. ANNY<br>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<br>JAWORSKA                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KADZIDŁO 07-420, UL. KOŚCIUSZKI 15                                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 761 88 82                                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 510495857                                                                                    |                                    |
|                                                     |                                                                                              |                                    |
| <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. KOŚCIUSZKI 15                                                           |                                    |
| 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<br>PRZYCHODNIA LEKARSKA PRAKTYKA LEKARZA<br>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<br>ZDROWOTNEJ 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<br>ZDROWOTNEJ 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<br>DZIAŁALNOŚCI PUNKTU                     |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 561</b> | od 31.12.2020 r.                                                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO-<br>PAŃSTWOWY 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 CHOROŃ 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                                           | 1                                  |
| 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:                                              | KLINIKI 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                      | 1                                  |
| 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                                                   | 1                                  |
| 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” JOLANTA CZERNAWSKA                  | 2                                  |
| 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. BIAŁKOWSKA, A. DRESLESKI, M.JAROSZ | 1                                  |
| 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                           |                                                                                           |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                            | liczba zespołów (w miejscu)                   |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ " MEDICUS"<br>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                         |                                                                                                            |                                               |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 567      |                                                                                                            | od 31.12.2020 r.      szczepienie populacyjne |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>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                                                                                               |                                               |
| identyfikator REGON                               | 550068294                                                                                                  |                                               |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                            |                                               |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>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                         |                                                                                                            |                                               |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 568      |                                                                                                            | od 31.12.2020 r.      szczepienie populacyjne |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA "CENTRUM" NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  | 1                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. WARSZAWSKA 4                                                                             |                                               |
| telefon/ telefony:                                | 48 360 67 46                                                                                               |                                               |
| identyfikator REGON                               | 671967082                                                                                                  |                                               |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                            |                                               |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA "CENTRUM" NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>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                         |                                                                                                            |                                               |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                            | liczba zespołów (w miejscu)                   |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA "CENTRUM" NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>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                         |                                                                                                            |                                               |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 569      |                                                                                                            | od 31.12.2020 r.      szczepienie populacyjne |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA LEKARSKA WOJSKOWEJ AKADEMII<br>TECHNICZNEJ - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ | 1                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-480, UL. KARTEZIUSZA 2                                                                         |                                               |
| telefon/ telefony:                                | 22 419 32 81                                                                                               |                                               |
| identyfikator REGON                               | 13282511                                                                                                   |                                               |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                            |                                               |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA LEKARSKA WOJSKOWEJ AKADEMII<br>TECHNICZNEJ - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ | 1                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-480, UL. KARTEZIUSZA 2                                                                         |                                               |
| telefon/ telefony:                                | 22 419 32 04                                                                                               |                                               |
| Data dodania do wykazu                            | 31.12.2020 r.                                                                                              |                                               |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                            |                                               |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 570      |                                                                                                            | od 31.12.2020 r.      szczepienie populacyjne |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                                                  | 1                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZEGOWO 06-445, UL. PLAC WOLNOŚCI 35                                                                     |                                               |
| telefon/ telefony:                                | 505 097 162                                                                                                |                                               |
| identyfikator REGON                               | 140799351                                                                                                  |                                               |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                            |                                               |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                                                                  | 1                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZEGOWO 06-445, UL. PLAC WOLNOŚCI 35                                                                     |                                               |

|                                                     |                                                                                   |                                |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| telefon/ telefony:                                  | 505 097 162                                                                       | 1                              |
| 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 DOWGIAŁŁO-SMOLARCZYK, MARTA SMOLARCZYK | 1                              |
| 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>               |                                                                                   |                                |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA NA BIELANACH NZOZ S.C. JADWIGA DOWGIAŁŁO-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                                  | 1                              |
| 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>               |                                                                                   |                                |
| 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                                                         | 2                              |
| 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>               |                                                                                   |                                |
| nazwa:                                              | PUNKT POBRAŃ FUNDACJI PRAWO DO ZDROWIA                                            |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-660, UL. IRYŚOWA 16 A                                                 | 2                              |
| 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, MIROSLAW ANDRYSIAK SPÓŁKA CYWILNA                      | 2                              |
| 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>               |                                                                                   |                                |
| nazwa:                                              | PUNKT POBRAŃ FUNDACJI PRAWO DO ZDROWIA                                            |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-892,<br>UL. ROMASZEWSKIEGO 6/B1                                       | 2                              |
| 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                                     | 1                              |
| 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>               |                                                                                   |                                |
| nazwa:                                              | AMBULATORIUM STOMATOLOGICZNE - CHEŁMSKA                                           |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-725, UL. CHEŁMSKA 12                                                  | 1                              |
| 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                                                              | 1                                  |
| 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 -<br>NEW SWAN SP. Z O.O. W JÓZEFOWIE                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JÓZEFÓW, 05-410,<br>UL. KSIĘDZA SKORUPKI 2                                                             | 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<br>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                                                                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-728, UL. BOBROWIECKA 9                                                                     | 10                                 |
| 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:                                              | VITABENE PAWEŁ DĄBROWSKI<br>(DO DNIA 31.01.2022 r. E-KOSMEA PAWEŁ DĄBROWSKI)                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-797, UL. POWĄŻKOWSKA 44<br>(DO DNIA 31.01.2022 R. UL. CZOSNÓW 05-152, UL.<br>PIENKÓW 82 F) |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 692 692 999                                                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 010864833                                                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | VITABENE PAWEŁ DĄBROWSKI<br>(DO DNIA 31.01.2022 r. E-KOSMEA PAWEŁ DĄBROWSKI)                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-797, UL. POWĄŻKOWSKA 44                                                                    | 1                                  |
| 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 Y 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 Y ESTETYCZNEJ PIĘKNOTEKA                                                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-691,<br>UL. OBRZEŻNA 1 C/4U3                                                               | 1                                  |
| 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”<br>S.C. 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<br>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<br>ZDROWOTNEJ 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<br>ZDROWOTNEJ 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 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                                       | 2                                  |
| 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                                    | 1                                  |
| 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                                                | 2                                  |
| 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 - ZESPÓŁ PLACÓWEK OŚWIATOWYCH NR 2 W MŁAWIE |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MŁAWA, 06-500, GRANICZNA 39                                              | 2                                  |
| 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                                     | 2                                  |
| 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:                                              | NZO 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:                                              | NZO RODZINA                                                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CIECHANÓW 06-400, UL. ARMII KRAJOWEJ 18A                                 | 3                                  |
| 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                           | 28.02.2022 r.                                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                                                                   | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ RODZINA                                                                                                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CIECHANÓW 06-400, UL. ARMII KRAJOWEJ 18A                                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 23 682 11 33                                                                                                                      |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 01.03.2022 r.                                                                                                                     |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                   |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 589</b> |                                                                                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MAZOWIECKI SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. ŚW. JANA PAWŁA<br>II W 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<br>II W 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<br>WOJEWÓDZKI IM. ŚW. JANA PAWŁA II W SIEDLCACH<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ 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> |                                                                                                                                   | <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> |                                                                                                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS<br>CLINIC" 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> |                                                                                                                                   | <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 -<br>PUNKT 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<br>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<br>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                      | 1                                  |
| 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                                | 1                                  |
| 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> | <b>od 14.01.2021 r.</b>                                                                 | <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                                          | 1                                  |
| 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> | <b>od 14.01.2021 r.</b>                                                                 | <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.                                                                    | 1                                  |
| 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> | <b>od 14.01.2021 r.</b>                                                                 | <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> | <b>od 26.01.2021 r.</b>                                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ "ZIEL-MED" ZIELIŃSKI SP. J.                                                        |                                    |
| 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> | <b>od 26.01.2021 r.</b>                                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ                                             |                                    |
| 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> | <b>od 26.01.2021 r.</b>                                                                 | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NZOZ FAMIL-MED S.C.                                                                     |                                    |
| 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<br>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> | <b>od 26.01.2021 r.</b>                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA JACEK KRUPSKI                                                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MYSZYNIC 07-430,<br>UL. Dr. ST. PAWŁOWSKIEGO 15                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 717 05 77                                                                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 550070859                                                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                              |                                    |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA LEKARSKA JACEK KRUPSKI - PUNKT<br>SZCZEPIEŃ                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MYSZYNIC, 07-430,<br>UL. Dr. ST. PAWŁOWSKIEGO 15                                             |                                    |
| 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> | <b>od 26.01.2021 r.</b>                                                                      | <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>               |                                                                                              |                                    |
| 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<br>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> | <b>od 26.01.2021 r.</b>                                                                      | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MADENT-<br>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>               |                                                                                              |                                    |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MADENT-<br>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-<br>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> | <b>od 26.01.2021 r.</b>                                                                      | <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                                                                                                        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-410, UL. SOLEC 18/20 LOK. U7                                                                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 888 859 659                                                                                                       |                                    |
| 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                                                                                             | 3                                  |
| 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>               |                                                                                                                   |                                    |
| nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY UL. STĘPIŃSKA                                                                     | 1                                  |
| 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                                                                              |                                    |



|                                                     |                                                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 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                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 608 461 464                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 11.02.2021 r.                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 29.11.2021 r.                                                  |                                    |
| <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                              |                                    |
| 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   | DOBRYKÓW 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   | DOBRYKÓW 09-530, UL. SŁONECZNA 24                              |                                    |
| 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                                 |                                    |
| 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                                           |                                    |
| 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> | <b>od 23.02.2021 r.</b>                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PAWEŁ STELMASZEK LEKARZ                                                                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-991, UL. BRUZZOWA 100 F/10                                                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 501 835 672                                                                                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 365616557                                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</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> | <b>od 26.02.2021 r.</b>                                                                                    | <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>               |                                                                                                            |                                    |
| nazwa:                                              | VITA-MED BŁONIE - PUNKT SZCZEPIEŃ                                                                          | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BŁONIE 05-870, UL. PIŁSUDSKIEGO 2/4                                                                        |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 530 577 036                                                                                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 26.02.2021 r.                                                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 620</b> | <b>od 29.03.2021 r.</b>                                                                                    | <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,                                                                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 7295769                                                                                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 29.03.2021 r.                                                                                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                            |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 621</b> | <b>od 01.04.2021 r.</b>                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ELŻBIETÓW<br>TERESA KAWKA-URBANIEK I ANNA KRAIŃSKA SPÓŁKA<br>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> | <b>od 07.04.2021 r.</b>                                                                                    | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GABINETY LEKARSKIE CENTRUM SPÓŁKA Z O.O.                                                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OTWOCK, 05-400,<br>UL. POWSTAŃCÓW WARSZAWY 3                                                               |                                    |
| 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.                                                             | 2                                  |
| 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<br>RADZYMIN, 05-250,<br>UL. WŁADYSŁAWA REYMONTA 12/125                 | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |                                                                                                     |                                    |
| 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<br>ZDROWOTNEJ W PŁOŃSKU                                | 2                                  |
| 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<br>MIĘDLAR-DUBIELAK                                       | 5                                  |
| 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<br>GĄBINIE - MPS 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<br>CYWILNA                                            | 8                                  |
| 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<br>ZDROWOTNEJ W WYSZKOWIE                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WYSZKÓW, 07-200,                                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 29 743 76 00                                                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 00030872600034                                                                                      |                                    |
|                                                     |                                                                                                     |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                       | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 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                         |                                                                                       |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 628      |                                                                                       | od 23.04.2021 r.            |
| nazwa:                                            | MAZOWIECKIE CENTRUM REHABILITACJI "STOCER"<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KONSTANCIN-JEZIORNA, 05-510,<br>UL. WIERZEJEWSKIEGO 12                                |                             |
| telefon/ telefony:                                | 661 429 633                                                                           |                             |
| identyfikator REGON                               | 14201312000030                                                                        |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                       | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                                                                          | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KONSTANCIN-JEZIORNA, 05-510,<br>UL. WIERZEJEWSKIEGO 12                                |                             |
| telefon/ telefony                                 | 603 777 678                                                                           |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 23.04.2021 r.                                                                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                       | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                                       |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 629      |                                                                                       | od 23.04.2021 r.            |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY IM. PROF.<br>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                                                                           |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                       | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                                       |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 630      |                                                                                       | od 28.04.2021 r.            |
| nazwa:                                            | CENTRUM KARDIOLOGII<br>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                                                                        |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                       | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH -<br>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                         |                                                                                       |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 631      |                                                                                       | od 28.04.2021 r.            |
| nazwa:                                            | MCBK S.C. IWONA CZAJKOWSKA ANNA PODRAŻKA-<br>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                                                                        |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                       | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | MCBK S.C. IWONA CZAJKOWSKA ANNA PODRAŻKA-<br>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                         |                                                                                       |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 632      |                                                                                       | od 28.04.2021 r.            |
| 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.<br>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<br>SZCZEPIEŃ W 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<br>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<br>DOROTA NIEMIEC - JÓŹWICKA                                       |                                    |
| 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<br>GABINET LEKARSKI ANTONI SOKALSKI                                       |                                    |
| 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 PRYWATNY<br>GABINET 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<br>ZDROWOTNEJ "DAN-MED"          | 1                                  |
| 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<br>PAWŁOWSKI SPÓŁKA JAWNA             | 1                                  |
| 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<br>PAWŁOWSKI SPÓŁKA 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.                                                       | 1                                  |
| 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.                                                       | 1                                  |
| 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.                                                       | 1                                  |
| 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.                                                       | 1                                  |
| 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                                    | 1                                  |
| 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                                    | 1                                  |
| 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> | <b>od 07.05.2021 r.</b>                                                                | <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 | 4                                  |
| 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                           | 13.12.2021 r.                                                                          |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>- NOWE MIASTO NAD PILICĄ NOWOMIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWE MIASTO NAD PILICĄ, 26-420, UL. TOMASZOWSKA 40                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 501 669 020                                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 13.12.2021 r.                                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 644</b> | <b>od 07.05.2021 r.</b>                                                                | <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> | <b>od 11.05.2021 r.</b>                                                                | <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                           | 24.01.2022 r.                                                                          |                                    |
| <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>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH<br>W BUDYNKU HANDLOWO-USŁUGOWYM W LESZNOWOLI              | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LESZNOWOLA, 05-506, UL. GMINNA 43                                                      |                                    |

|                                                     |                                                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                   | 698 811 000                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 24.01.2022 r.                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 646</b> | <b>od 14.05.2021 r.</b>                                        | <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 1</b>               |                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCYNY ZAPOBIEGAWCZEJ I REHABILITACJI                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-776, UL. NUGAT 3                                  | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 693 838 202                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 647</b> | <b>od 14.05.2021 r.</b>                                        | <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 1</b>               |                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ - SZYDŁOWIEC                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SZYDŁOWIEC, 26-500, UL. WSCHODNIA 7                            | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 573 012 809                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 648</b> | <b>od 14.05.2021 r.</b>                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | OŚRODEK POMOCY ZDROWIU SPÓŁKA 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 Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-022, UL. BELLOTTIEGO 1/10                         | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 794692702/794692000                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 649</b> | <b>od 14.05.2021 r.</b>                                        | <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                                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-972, UL. SARMACKA 10 C                            | 3                                  |
| 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> | <b>od 14.05.2021 r.</b>                                        | <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                                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADZYMIN, 05-250, UL. STARY RYNEK 2                            | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 666 810 815                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 14.05.2021 r.                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 651</b> | <b>od 14.05.2021 r.</b>                                        | <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.                                                          | 1                                  |
| 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                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-018, UL. NOWOGRODZKA 76                                                            |                                    |
| 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.                                                                                  | 2                                  |
| 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                                                                       | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DĄBRÓWKA, 05-252, UL. KOŚCIELNA 8D                                                              |                                    |
| 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.                                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KONSTANCIN-JEZIORNA, 05-510,<br>UL. GĄSIOROWSKIEGO 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                                                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KONSTANCIN-JEZIORNA, 05-510,<br>UL. GĄSIOROWSKIEGO 12/14                                        |                                    |
| 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 | 3                                  |
| 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                                                                                 | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIŃSK MAZOWIECKI, 05-300,<br>UL. JÓZEFA CHEŁMOŃSKIEGO 1 A                                       |                                    |
| 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                                                                                 | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIEDLCE, 08-110, UL. SULIMÓW 26                                                                 |                                    |
| 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                                                                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-511 UL. BELGIJSKA 11/8                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 854 01 94                                                                                | 3                                  |
| 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   | WARSZAWA, 00-894, UL. ŻELAZNA 76 A                                                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 654 02 33                                                                                | 3                                  |
| 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 PRZYZCHODNIA 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:                                              | PRZYZCHODNIA MEDYK                                                                          |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TŁUSZCZ, 05-240, UL. PRZEMYSŁOWA 28                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 538 420 126                                                                                 | 2                                  |
| 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:                                              | PRZYZCHODNIA LEKARZY SPECJALISTÓW MEDICAL                                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARKA, 05-660, UL. WYSOCKIEGO 7                                                             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 508 584 789                                                                                 | 1                                  |
| 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.<br>PROF. JANA MAZURKIEWICZA<br>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 -<br>SZKOŁA PODSTAWOWA NR 10 W PRUSZKOWIE                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRUSZKÓW, 05-800, UL. PŁYWACKA 16                                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 519 564 871; 697 066 985                                                                    | 2                                  |
| 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                                                                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-957, UL. SOBIESKIEGO 9                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 458 28 00                                                                                | 1                                  |
| 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>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA BEAMED - FILIA I MIŃSK MAZOWIECKI                                   | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MIŃSK MAZOWIECKI, 05-300,<br>UL. KAZIMIERZA SOSNKOWSKIEGO 28                    |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 798 799 524                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 02.11.2021 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                                                                    | 4                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADOM, 26-600, UL. KRÓLOWEJ JADWIGI 13                                          |                                    |
| 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<br>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;<br>CENTRUM MEDYCZNE STARTMED    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁOMIAŃKI, 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   | ŁOMIAŃKI, 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.<br>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                                   |                                    |
| 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<br>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                                                  |                                    |
| 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<br>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                                         |                                    |
| 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"                                         |                                    |
| 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<br>SZCZEPIEŃ                      |                                    |
| 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                                         |                                    |
| 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                           | 02.11.2021 r.                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE U LEKARZY                                         |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-466, UL. BOLKOWSKA 2D/H2/H3                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 516 270 999                                                        |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 02.11.2021 r.                                                      |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                    |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 672</b> | od 11.06.2021 r.                                                   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRYWATNA PRAKTYKA PIELĘGNIARSKA<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                                    |                                    |
| 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                                                  |                                    |
| 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                                           |                                    |
| 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.                                                   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁÓDŹ, 90-365, UL. KS. BISKUPA WINCENTEGO<br>TYMIENIECKIEGO 16 G/66 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 881 157 772                                                        |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 38433687000014                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE INNOVA - MED KABATY                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-796,<br>UL. KSAWERGO BRONIKOWSKIEGO 1/10A             |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 881 157 772                                                        |                                    |
| 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.                                        |                                    |
| 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                                 |                                    |
| 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                     |                                    |

|                                                     |                                                                                                                               |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 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<br>KAMIŃSKA                                                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MAŁA WIEŚ, 09-460, NIŻDZIN 68                                                                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 737 327 261                                                                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 38869512                                                                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | INDYWIDUALNA PRAKTYKA PIELĘGNIARSKA BEATA<br>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                                                                                                          | 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                                                                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 142232358                                                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                       | 1                                  |
| 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>               |                                                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | LECZNICA 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<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                           | 2                                  |
| 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>               |                                                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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 PRZYZCHODNIA LEKARSKA "ŻYCIE" S.C.<br>ZBIGNIEW ZBONIKOWSKI, BEATA ZBONIKOWSKA,<br>EWELINA ZBONIKOWSKA, MONIKA LESZKO |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY DWÓR MAZOWIECKI, 05-100,<br>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 PRZYZODNIA LEKARSKA ŻYCIE S.C.                                       | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY DWÓR MAZOWIECKI, 05-100,<br>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                           | OD DNIA 07.02.2022 r. DO ODWOŁANIA CZASOWE<br>ZAWIESZENIE DZIAŁALNOŚCI PUNKTU |                                    |
| <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 OLBACHTA 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                | 1                                  |
| 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.                              | 2                                  |
| 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.                   | 1                                  |
| 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        | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 04-030, UL. KINOWA 25                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 533701017                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 361917871                                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                                        |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                       | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                                         |                                    |
| <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                              | 01.09.2021 r.                                         |                                    |

|                                                     |                                                                                                 |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 692</b> | <b>od 09.09.2021 r.</b>                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | WAWAMED CENTRUM MEDYCZNE I PSYCHOLOGICZNE<br>JOANNA WÓJCIK IZABELA BLIMEL S.C.                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 04-048, UL. KOMPASOWA 3/1                                                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 535 209 500                                                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 389683776                                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | WAWAMED CENTRUM MEDYCZNE I PSYCHOLOGICZNE<br>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                           |                                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 693</b> | <b>od 02.02.2021 r.</b>                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PROFIL-MED" SP. Z O.O.,                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIERPC, 09-200, UL. LIPOWA 5                                                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 24 275 27 41                                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 611039727                                                                                       |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ - "PROFIL-MED"                                                                  | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIERPC, 09-200, UL. PIASTOWSKA 30                                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 24 275 27 41                                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 02.02.2021 r.                                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 694</b> | <b>od 23.09.2021 r.</b>                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | HOLISTIC PHYSIO CENTRUM REHABILITACJI HOLISTYCZNEJ<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-661, UL. WITA STWOSZA 20                                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 577 720 297                                                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 38046045400011                                                                                  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                 | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | HOLISTIC PHYSIO CENTRUM REHABILITACJI HOLISTYCZNEJ<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 00-193, UL. STAWKI 4B/3                                                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 577 720 297                                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 23.09.2021 r.                                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 695</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA<br>LEKARZA RODZINNEGO LEK.MED. BOGUMIŁA CZAPLIKA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY LUBIEL, 07-207, NOWY LUBIEL 24B                                                            |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 609 552 869                                                                                     |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 55039178200021                                                                                  |                                    |
| <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   | NOWY LUBIEL, 07-207, NOWY LUBIEL 24B                                                            |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 609 552 869                                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 696</b> | <b>od 12.10.2021 r.</b>                                                                         | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SZPITAL GROCHOWSKI IM. DR MED. RAFAŁA MASZTAKA                                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 04-073, UL. GRENADIERÓW 51/59                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 51 52 716                                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 00215398900000                                                                                  |                                    |
| <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, 04-073, UL. GRENADIERÓW 51/59                                                         |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 539 991 232                                                                                     |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 12.10.2021 r.                                                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                 |                                    |

|                                                     |                                                                                               |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 697</b> | <b>od 31.12.2020 r.</b>                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LIPSKO, 27-300, UL. JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO 2                                                   |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 664 271 679                                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 670997773                                                                                     |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LIPSKO, 27-300, UL. JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO 2                                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 664 271 679                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 31.12.2020 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 698</b> | <b>od 18.10.2021 r.</b>                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PROFIL-TECH RAFAŁ STYPIK                                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 06-400, CIECHANÓW, UL. ROMANA KONWERSKIEGO 10                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 416 85 85                                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 13045519700033                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PROFIL-MED                                                                                    | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-248, UL. JANA KAZIMIERZA 25B                                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 416 85 85                                                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 18.10.2021 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 699</b> | <b>od 18.10.2021 r.</b>                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | AGNIESZKA SUSKA-SZAŁKOWSKA NZOZ ESTEDENT                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 06-230 RÓŻAN, UL. JULIUSZA SŁOWACKIEGO 6                                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 504 708 995                                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 55075740900072                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ ESTEDENT                                                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 06-230 RÓŻAN, UL. JULIUSZA SŁOWACKIEGO 6                                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 504 708 995                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 18.10.2021 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 700</b> | <b>od 08.11.2021 r.</b>                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE HIPOKRATES SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                           |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-417, UL. POLNA 17                                                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 602 583 074                                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 38894019400014                                                                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE HIPOKRATES SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                           | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSTROŁĘKA 07-417, UL. POLNA 17                                                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 602 583 074                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 08.11.2021 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 701</b> | <b>18.10.2021 r.</b>                                                                          | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NORTH MEDICAL HOLDING SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ NASZ GABINET SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WROCŁAW 50-456, UL. DWORCOWA 11B                                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 693 424 008                                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 389981373                                                                                     |                                    |
| <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 02-797, UL. KLIMCZAKA 8                                                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 508 777 223                                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 18.10.2021 r.                                                                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                               |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 702</b> | <b>od 01.10.2021 r.</b>                                                                       | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | CENTRUM ZDROWIA URSYNÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                               |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-776, UL. INDIRY GANDHI 11                                                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 544 26 25                                                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 386932641                                                                                     |                                    |



|                                                     |                                                              |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <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                              | 01.10.2011 r.                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 703</b> | od 02.11.2021 r.                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | FANTOMAN CARE ŁUKASZ BIŃKOWSKI                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WICHROWICE, 87-850, WICHROWICE 1                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 721 999 887                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 10162041100025                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ GALERIA WIŚLA                                | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK, 09-410, UL. WYSZOGRODZKA 144                          |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 721 999 887                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 02.11.2021                                                   |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 704</b> | od 01.12.2021 r.                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | STREFA PACJENTA SP. Z O.O.                                   | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-982, UL. GEN. TADEUSZA BORA-KOMOROWSKIEGO 37/210 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 507 414 232                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 381560005                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA STREFA PACJENTA SP. O.O.                         | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-982, UL. GEN. TADEUSZA BORA-KOMOROWSKIEGO 37/210 |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 507 414 232                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 01.12.2021 r.                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 705</b> | od 08.11.2021 r.                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | LIFE- BEAUTY SPÓŁKA CYWILNA , R.K.MLOSEK, S.MALINOWSKA       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRODZISK MAZOWIECKI, 05-825, UL. TADEUSZA KOŚCIUSZKI 29      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 536 050 909                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 141104090                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | LECNICA LIFE-MED BIS                                         | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŻYRARDÓW, 96-300, UL. FILIPA DE GIRARDA 17                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 536 050 909                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 08.11.2021 r.                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 706</b> | od 08.11.2021 r.                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MARIPOSA MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ      | 5                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 94-104 ŁÓDŹ, UL. OBYWATELSKA 106B/40                         |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 510 519 303                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 38842185000011                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | MARIPOSA MEDICA ODDZIAŁ ZĄBKI                                | 5                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZĄBKI, 05-091, RÓŻANA 11 LOK 7                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 510 519 303                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 08.11.2021 r.                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 707</b> | od 22.11.2021 r.                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | EWA KOMOROWSKA-MAJCHRZAK                                     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 09-100, PŁOŃSK, UL. WSPÓLNA 5                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 795 888 208                                                  |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 130080053                                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Z CENTRUM GINEKOLOGICZNO – STOMATOLOGICZNE ELA               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 09-100, PŁOŃSK, UL. WSPÓLNA 5                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 795 888 208                                                  |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 22.11.2021 r.                                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 708</b> | od 23.12.2021 r.                                             | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ARNICA ADAM OLSZEWSKI I WSPÓLNIK SPÓŁKA JAWNA                |                                    |

|                                                     |                                                                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CIECHANÓW 06-400, UL. ARMII KRAJOWEJ 18A                                       |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 882 495 910                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 142062258                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRALNY PUNKT SZCZEPIEŃ                                                      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 00-024, WARSZAWA, UL. ALEJE JEROZOLIMSKIE 54                                   |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 882 495 910                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 23.12.2021 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 709</b> | od 23.12.2021 r.                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ZAWAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-108, UL. JANA OLBACHTA 19/38                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 578 545 452                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 38233834900015                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ W MAŁKINI GÓRNEJ                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MAŁKINIA GÓRNA, 07-320, UL. LEŚNA 17                                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 578 545 452                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 23.12.2021 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 710</b> | od 23.12.2021 r.                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MARIA ZWOLSKA-MACIEJAK NZOZ NOVAMED                                            |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DĄBRÓWKA-ŁUG, 08-114, UL. GARWOLIŃSKA 60A                                      |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 509 766 432                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 710425566                                                                      |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ W MAŁKINI GÓRNEJ                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DĄBRÓWKA-ŁUG, 08-114, UL. GARWOLIŃSKA 60A                                      |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 509766432, 256311092                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 23.12.2021 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 711</b> | od 23.12.2021 r.                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | DOKDOK SP. Z O.O.                                                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WROCŁAW, 50-541, ARMII KRAJOWEJ 46AD                                           |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 506 973 850                                                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 38678747500017                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | DOKDOK SP. Z O.O.                                                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 02-676, POSTĘPU 15C                                                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 506 973 850                                                                    |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 23.12.2021 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 712</b> | od 23.12.2021 r.                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | WARSZAWSKI SZPITAL DLA DZIECI                                                  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 00-328, UL. KOPERNIKA 43                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 830 53 00                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 000297520                                                                      |                                    |
| <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 00-328, UL. KOPERNIKA 43                                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 830 53 33                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 23.12.2021 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 713</b> | od 23.12.2021 r.                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA "ŻBIKÓW" SP Z O. O. |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRUSZKÓW 05-800, UL. 3-MAJA 56                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 758 64 28                                                                   |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 01611796500025                                                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ "ŻBIKÓW"                                                       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRUSZKÓW 05-800, UL. 3-MAJA 56                                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 758 64 28                                                                   |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 23.12.2021 r.                                                                  |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 714</b> | od 27.01.2022 r.                                                               | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                         |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | MAX-MED Piotr Panek                                     |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SŁUPNO, 09-472, UL. SASANKI 12                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 536 040 149                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 142667926                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | VITA MEDICA PUNKT SZCZEPIEŃ W GALERII HANDLOWEJ MAZOVIA | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK, 09-410, UL. WYSZOGRODZKA 127                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 666 999 159                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 27.01.2022 r.                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 715</b> | od 27.01.2022 r.                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PCS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁADY, 05-090, UL. DŁUGA 34                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 606 360 752                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 386932032                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PCS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁADY, 05-090, UL. DŁUGA 34                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 733 766 510                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 27.01.2022 r.                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 716</b> | od 27.01.2022 r.                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRYWATNA PRZYCHODNIA STOMATOLOGICZNA CAVIDENT S.C.      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-460, UL. GÓRCZEWSKA 176                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 665 35 02                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 140604689                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRYWATNA PRZYCHODNIA STOMATOLOGICZNA CAVIDENT S.C.      | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-460, UL. GÓRCZEWSKA 176                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 513 073 113                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 27.01.2022 r.                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 717</b> | od 27.01.2022 r.                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PROMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIONKI, 26-670, UL. BIAŁA 2                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 510 898 355                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 389684681                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PROMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ       | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PIONKI, 26-670, UL. RADOMSKA 2                          |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 510 898 355                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 27.01.2022 r.                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 718</b> | od 27.01.2022 r.                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | KATARZYNA DOROTA PIETUCH LEKARZ KA-MEDICA               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRUSZKÓW, 05-800, UL. MIERNICZA 37/2                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 795099991                                               |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 141432687                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | KA-MEDICA                                               | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA, 01-756, HÜBNERA 2/ LOK. U6                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 517 285 454                                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 27.01.2022 r.                                           |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                         |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 719</b> | od 27.01.2022 r.                                        | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GABINTER - LEKARZE SPECJALIŚCI ROWICCY SPÓŁKA JAWNA     | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEGIONOWO, 05-120, UL. KRASIŃSKIEGO 64                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 608 525 319                                             |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 388692589                                               |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                         | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                         |                                |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                              | GABINTER - LEKARZE SPECJALIŚCI ROWICCY SPÓŁKA JAWNA                     | 3                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEGIONOWO, 05-120, UL. KRASIŃSKIEGO 64                                  |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 22 774 09 66                                                            |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 27.01.2022 r.                                                           |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 720</b> | od 27.01.2022 r.                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ SALUS SP. Z O. O., S.K.                                            | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK, 09-408, UL. ZAPŁOTEK 30                                          |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 24 264 84 90                                                            |                                |
| identyfikator REGON                                 | 611052001                                                               |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         |                                |
| nazwa:                                              | NZOZ SALUS SP. Z O. O., S.K.                                            | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PŁOCK, 09-408, UL. ZAPŁOTEK 30                                          |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 24 264 84 90                                                            |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 27.01.2022 r.                                                           |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 721</b> | od 01.02.2022 r.                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | BORAMED CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ        | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-982, UL. GEN. TADEUSZA BORAKOMOROWSKIEGO 37/210             |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 22 535 36 00                                                            |                                |
| identyfikator REGON                                 | 14747623700036                                                          |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         |                                |
| nazwa:                                              | BORAMED KEN                                                             | 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                              | 01.02.2022 r.                                                           |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 722</b> | od 14.02.2022 r.                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | JAROSŁAW MICHALIK                                                       | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOBOLEW 08-460, UL. LIPOWA 15                                           |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 25 682 50 29                                                            |                                |
| identyfikator REGON                                 | 71049857100021                                                          |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         |                                |
| nazwa:                                              | JAROSŁAW MICHALIK - NZOZ CENTRUM W SOBOLEWIE                            | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOBOLEW 08-460, UL. LIPOWA 15                                           |                                |
| telefon/ telefony                                   | 608 722 140                                                             |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 14.02.2022 r.                                                           |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 723</b> | od 18.02.2022 r.                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE NORD CLINIC; KLINIKA BIAŁY KAMIEŃ NORBERT GIERMAKOWSKI | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-593, UL. BIAŁY KAMIEŃ 3                                     |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 22 126 02 48                                                            |                                |
| identyfikator REGON                                 | 67290296600037                                                          |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         |                                |
| nazwa:                                              | KLINIKA BIAŁY KAMIEŃ                                                    | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWE MIASTO NAD PILICĄ 26-420, UL. WCZASOWA 8                           |                                |
| telefon/ telefony                                   | 22 602 02 23                                                            |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 18.02.2022 r.                                                           |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 724</b> | od 01.03.2022 r.                                                        | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | GABINETY KRASIŃSKIEGO SP. Z O. O.                                       | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-755 , UL. ZYGMUNTA KRASIŃSKIEGO 61/46                       |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 518 663 814                                                             |                                |
| identyfikator REGON                                 | 368304054                                                               |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         |                                |
| nazwa:                                              | GABINETY KRASIŃSKIEGO                                                   | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 01-755 , UL. ZYGMUNTA KRASIŃSKIEGO 61/46                       |                                |
| telefon/ telefony                                   | 518 663 814                                                             |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 01.03.2022 r.                                                           |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                         |                                |

|                                                     |                                                                        |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 725</b> | <b>od 01.03.2022 r.</b>                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ZAKHARCHUK MYKOŁA                                                      |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-376 ,UL. LUDWIKA MICHAŁA PACA 48 LOK. U-1                  |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 799 830 532                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14206285000080                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MYDYCYNY SAUDE                                                 | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 04-376 ,UL. LUDWIKA MICHAŁA PACA 48 LOK. U-1                  |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 799 830 532                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 01.03.2022 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 726</b> | <b>od 01.03.2022 r.</b>                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PULMO SP. Z O. O                                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 03-287, UL. SKARBKA Z GÓR 120/10                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 501 783 990                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 14734410000025                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | OŚRODEK STACJONARNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ PULMO                            | 4                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOŁOMIN 05-200, UL. GŁOWACKIEGO 12                                     |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 501 783 990                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 01.03.2022 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 727</b> | <b>od 01.03.2022 r.</b>                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PULMO SP. Z O. O                                                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CITYMED IZIU SP. Z O. O., WARSZAWA 02-957, UL. JANA III SOBIESKIEGO 18 |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 22 651 66 86                                                           |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 520156857                                                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CITYMED "CENTRUM ZDROWIA I URODY"                                      | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-957, UL. JANA III SOBIESKIEGO 18                           |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 22 651 66 86                                                           |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 01.03.2022 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 728</b> | <b>od 01.03.2022 r.</b>                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MK MACIEJ KONIECZNY                                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-695, UL. ORZYCKA 8/100                                     |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 507 498 647                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 36431522700015                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | KABATY-MED                                                             | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-886, UL. RYBAŁTÓW 23                                       |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 507 498 647                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 01.03.2022 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                        |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 729</b> | <b>od 01.03.2022 r.</b>                                                | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | HEALTH&MORE SP. Z O. O.                                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-972, ADAMA BRANICKIEGO 12/U1                               |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 501 242 124                                                            |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 38092895700018                                                         |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                        | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | VIA MEDICAL                                                            | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WARSZAWA 02-972, ADAMA BRANICKIEGO 12/U1                               |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 501 242 124                                                            |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 01.03.2022 r.                                                          |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                        |                                    |