

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

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
|---|---|---|--|---|--|
| nazwa: | Centrum Kompleksowej Rehabilitacji Sp. z o.o. | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin- Jeziorna/05-510/ Gąsiorowskiego 12/14 | | | | |
| telefon/ telefony: | 22/ 703-00-00 | | | | |
| identyfikator REGON | 017173368 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | Oddział Rehabilitacyjny | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin- Jeziorna/05-510/ Gąsiorowskiego 12/14 | | | | |
| telefon/ telefony | 22/ 703-02-05 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-23 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mławie | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mława/ 06-500/ Anny Dobrskiej 1 | | | | |
| telefon/ telefony: | 23/ 654-32-40 | | | | |
| identyfikator REGON | 000302474 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | Oddział Rehabilitacyjny | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mława/ 06-500/ Anny Dobrskiej 1 | | | | |
| telefon/ telefony | 23/ 654-32-35 wew.361 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-23 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
|---|---|---|--|---|--|
| nazwa: | Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/02-637/ Spartańska 1 | | | | |
| telefon/ telefony: | 22/670-93-20 | | | | |
| identyfikator REGON | 000288567 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | Klinika Rehabilitacji Reumatologicznej | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/02-637/ Spartańska 1 | | | | |
| telefon/ telefony | 22/ 67-09-176 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-26 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | Arkadiusz Chmieliński | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płońsk/09-100/Sienkiewicza 7 | | | | |
| telefon/ telefony: | 22/ 749-10-40 | | | | |
| identyfikator REGON | 130148271 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | Rehabilitacja Kardiologiczna | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Raciąż/09-140/Kraszewo- Czubaki 23 A | | | | |
| telefon/ telefony | 664-303-534 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-26 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
|---|---|---|--|---|--|
| nazwa: | ARION MED Sp. z o.o. | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/04-854/Kazimierza Króla 39 | | | | |
| telefon/ telefony: | 24/ 236-09-16 | | | | |
| identyfikator REGON | 060690742 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | Rehabilitacja Kardiologiczna w Oddziale Kardiologicznym | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzewo/09-500/Kruk 5 | | | | |
| telefon/ telefony | 24/ 236-03-82 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-26 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | Wojskowy Instytut Medyczny | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/04-141/Szaserów 128 | | | | |
| telefon/ telefony: | 261 817 745 | | | | |
| identyfikator REGON | 015294487 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | Klinika Rehabilitacji | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/04-141/Szaserów 128 | | | | |
| telefon/ telefony | 261 816 773, 261 817 666 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-27 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|
| nazwa: | Pracownia Fizjoterapii | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/04-141/Szaserów 128 | | | X | |
| telefon/ telefony | 261 816 236 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | Uzdrowisko Konstancin - Zdrój S.A. | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin-Jeziorna/05-510/ Suer Ryder 1 | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 484 28 00 | | | | |
| identyfikator REGON | 000288320 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | Sanatorium Uzdrowiskowe "Konstancja" | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin-Jeziorna/05-510/Źródlana 6/8 | X | | | |
| telefon/ telefony | 22 484 28 76, 667 771 125 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-28 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | Oddział Rehabilitacji | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin-Jeziorna/05-510/ Sue Ryder 1 | | X | | |
| telefon/ telefony | 22-4842863 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | MEDCARE SP. Z O.O. | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĘBE WIELKIE/05-311/PEDAGOGÓW 18 | | | | |
| telefon/ telefony: | 514-532-962 | | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|
| identyfikator REGON | 366989303 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa | PRACOWNIA FIZJOTERAPII | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIŃSK MAZOWIECKI/05-300/JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 43 | | | | |
| telefon/ telefony | 730-700-386 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ SIERPC | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIERPC/09-200/ABRIELA NARUTOWICZA 17A | | | | |
| telefon/ telefony | 730-700-386 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIŃSK MAZOWIECKI/05-300/JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 43 | | | | |
| telefon/ telefony | 730-700-386 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | CENTRUM ROZLICZEŃZ NFZ "MED-BIURO" SPÓŁKA CYWILNA | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGIONOWO/05-120/SŁOWACKIEGO 37/86 | | | | |
| telefon/ telefony: | 608-488-579 | | | | |
| identyfikator REGON | 146271792 | | | | |

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

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|
| nazwa: | REKOL-MED SP. Z O.O. | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/02-743 /J.S.BACHA 2 | | | | |
| telefon/ telefony: | 22/647-12-52 | | | | |
| identyfikator REGON | 008421793 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | NZOZ REKOL-MED | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/02-743 /J.S.BACHA 2 | | | | |
| telefon/ telefony | 22/843-64-94 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - ZESPÓŁ ZAKŁADÓW | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAKÓW MAZOWIECKI/06-200/WITOSA 2 | | | | |
| telefon/ telefony: | 29/714-23-00 | | | | |
| identyfikator REGON | 000304591 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | PRACOWNIA FIZJOTERAPII | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAKÓW MAZOWIECKI/06-200/WITOSA 2 | | | | |
| telefon/ telefony | 29/714-23-71 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | KAŚMIN DOM SENIORA SP. Z O.O. | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DROŹDŹÓWKA/05-332/5A | | | | |
| telefon/ telefony: | 25/799-21-23 | | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|
| identyfikator REGON | 710444492 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DROŻDŻÓWKA/05-332/5A | | | | |
| telefon/ telefony | 25/799-21-23 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | REHABILITACJA DOMOWA | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DROŻDŻÓWKA/05-332/5A | | | | |
| telefon/ telefony | 25/799-21-23 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KAŁUSZYNIE - PRZYCHODNIA OPIEKI ZDROWOTNEJ | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAŁUSZYN/05-310/WOJSKA POLSKIEGO 24 | | | | |
| telefon/ telefony: | 25/757-61-22 | | | | |
| identyfikator REGON | 711652442 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | PRACOWNIA FIZJOTERAPII | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAŁUSZYN/05-310/WARSZAWSKA 50 | | | | |
| telefon/ telefony | 25/757-61-22 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |

| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | ARNICA OLSZEWSKI I WSPÓLNIK SPÓŁKA JAWNA | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/02-796/WĄWOZOWA 22/89 | | | | |
| telefon/ telefony: | 517-148-095 | | | | |
| identyfikator REGON | 145849450 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARE BABICE/05-082/Rynek 10 | | | X | |
| telefon/ telefony | 517-148-095 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | MAGDALENA SZYMAŃSKA FIZJOTERAPEUTA | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WEŻYKI/96-514/38 | | | | |
| telefon/ telefony: | 530-700-972 | | | | |
| identyfikator REGON | 142179411 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOCHACZEW/96-500/STEFANA ŻEROMSKIEGO 17/21 | | | | X |
| telefon/ telefony | 530-700-972 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
|--|---|---|--|---|--|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W MIŃSKU MAZOWIECKIM | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIŃSK MAZOWIECKI/05-300/SZPITALNA 37 | | | | |
| telefon/ telefony: | 25/506-51-01 | | | | |
| identyfikator REGON | 712351100 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | PRACOWNIA FIZYKOTERAPII I REHABILITACJI | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIŃSK MAZOWIECKI/05-300/KOŚCIUSZKI 9 | | | | |
| telefon/ telefony | 25/506-53-58 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | AGATA HEROMIŃSKA | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓW MAZOWIECKA/07-300 /KSIĘŻNEJ ANNY MAZOWIECKIEJ 4/20 | | | | |
| telefon/ telefony: | 608-204-175 | | | | |
| identyfikator REGON | 141767206 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓW MAZOWIECKA/07-300/DUBOIS 23 | | | | X |
| telefon/ telefony | 608-204-175 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |

| | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|
| nazwa: | FUNDACJA "SPRAWNOŚĆ W KAŻDYM WIEKU" | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/02-202 /DRAWSKA 10/3 | | | | |
| telefon/ telefony: | 605-823-290 | | | | |
| identyfikator REGON | 146402030 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOKOTÓW/00-780/ LUDOWA 6 | | | | |
| telefon/ telefony | 605823290 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRAGA-POŁUDNIE/04-041 /MIĘDZYBORSKA 50/UŻ/2 | | | | |
| telefon/ telefony | 605823290 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOKOTÓW/00-780/LUDOWA 6 | | | | |
| telefon/ telefony | 605823290 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | ARNICA ADAM OLSZEWSKI I WSPÓLNIK SPÓŁKA JAWNA | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW/06-400/ARMII KRAJOWEJ 18A | | | | |

| | | | | | |
|--|-------------------------------------|---|--|---|--|
| telefon/ telefony: | 23/673-25-54 | | | | |
| identyfikator REGON | 142062258 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | DZIAŁ FIZJOTERAPII | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW/06-400/ARMII KRAJOWEJ 18A | | | | |
| telefon/ telefony | 23/673-25-54 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW/06-400/ARMII KRAJOWEJ 18A | | | | |
| telefon/ telefony | 23/673-25-54 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | FAMAR SP. Z O.O. | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW/06-400/GRUDUSKA 50 | | | | |
| telefon/ telefony: | 604-591-870 | | | | |
| identyfikator REGON | 147058965 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MŁAWA/06-500/SAĐDOWA 6 | | | | |
| telefon/ telefony | 23/682-11-95 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
|--|---------------------------------------|---|--|---|--|
| nazwa: | DZIAŁ Fizjoterapii | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MŁAWA/06-500/SĄDOWA 6 | | | X | |
| telefon/ telefony | 23/682-11-95 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE BIAŁOŁĘKA SP. Z O.O. | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZELIGI/05-850/CYPRYSOWA 4 | | | | |
| telefon/ telefony: | 22/741-60-58 | | | | |
| identyfikator REGON | 017329095 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | PRACOWNIA FIZJOTERAPII | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/03-134/KSIAŻKOWA 10 | | | X | |
| telefon/ telefony | 22/741-60-58 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/03-134/KSIAŻKOWA 10 | | | | X |
| telefon/ telefony | 22/741-60-58 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |

| | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|
| nazwa: | KAZIMIERZ PRZEPIÓRSKI | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE ŁUBKI/09-454/5A | | | | |
| telefon/ telefony: | 24/265-13-12; 607-265-559 | | | | |
| identyfikator REGON | 611052290 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE ŁUBKI/09-454/5 | | | | |
| telefon/ telefony | 24/265-13-12; 607-265-559 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | DOROTA PAŚNIK | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁASKARZEW/08-450/ALEJOWA 5 | | | | |
| telefon/ telefony: | 609-530-822 | | | | |
| identyfikator REGON | 141959199 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | PRACOWNIA FIZJOTERAPII W TYM FIZYKOTERAPII, KINEZYTERAPII, HYDROTERAPII | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁASKARZEW/08-450/ALEJOWA 5 | | | | |
| telefon/ telefony | 609-530-822 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁASKARZEW/08-450/ALEJOWA 5 | | | | |

| | | | | | |
|--|-------------------------------------|---|--|---|--|
| telefon/ telefony | 609-530-822 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | LUX MED ONKOLOGIA SP. Z O.O. | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/01-748/SZAMOCKA 6 | | | | |
| telefon/ telefony: | 22/469-83-50 | | | | |
| identyfikator REGON | 360493191 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | DZIAŁ/PRACOWNIA FIZJOTERAPII | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/02-524/NARBUTTA 83 LOK U10 | | | X | |
| telefon/ telefony | 22/403-80-61 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | MEDIKAR SP. Z O.O. SP. K. | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/00-738/SIELECKA 22 | | | | |
| telefon/ telefony: | 22/880-91-33 | | | | |
| identyfikator REGON | 015803256 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa: | DZIAŁ/PRACOWNIA FIZJOTERAPII | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/00-738/SIELECKA 22 | | | X | |
| telefon/ telefony | 22/880-91-33 | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-30 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | |

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