

## Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1        | od 27.12.2020 r.  | szczepienie personelu   | 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   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy   | W                       | 3                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 20 00  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 27.12.2020 r.   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy   | W                       | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-567, Sandomierska 5/7   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 20 00  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy   | W                       | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanów 06-400, Mickiewicza 8   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 20 00  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy   | W                       | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-615, Orłąt Lwowskich 5   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 20 00  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy   | W                       | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08-110, Starowiejska 66   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 20 00  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 6                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy   | W                       | 10                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-901, al.. Księcia Józefa  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 20 00  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 29.12.2020 r.   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2        | od 27.12.2020 r.  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-201, ul. Wolska 37  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 33 55 225  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 000297945   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy   | W                       | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-201, ul. Wolska 37  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 22 33 55 225  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 27.12.2020 r.   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3        | od 27.12.2020 r.                      | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
|---|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Medyczna 19         |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 24 36 46 100                          |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 000650070                             |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                       | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy                       | W                       | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Medyczna 19         |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 024 36 46 100                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 27.12.2020 r.                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                       |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4        | od 27.12.2020 r.   | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. Dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrołęka 07-410, Al. Jana Pawła II 120A                                 |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 29 765 21 22   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 000304616  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy  | W                       | 3                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrołęka 07-410, Al. Jana Pawła II 120A                                 |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 29 765 21 22   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 27.12.2020 r.  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5        | od 27.12.2020 r.   | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siedlcach |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08 -110, ul. Jana Kilińskiego 29                   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 25 632 27 97   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 000310309  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy  | W                       | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08 -110, ul. Starowiejska 15                       |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 25 632 27 97   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 27.12.2020 r.  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6        | od 27.12.2020 r.   | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Radomski Szpital Specjalistyczny im. Tytusa Chałubińskiego |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-610, ul. Lekarska                                 |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 48 361 51 42   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 000315086  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy  | W                       | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-610, ul. Tochtermana 1                            |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 51 42   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 27.12.2020 r.  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | od 27.12.2020 r. | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne |
|--|------------------|-----------------------|-------------------------|
|  |                  |                       |                         |

|   |  |                             |                                    |
|---|--|-----------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | SZPITAL GROCHOWSKI IM. DR MED. RAFAŁA MASZTAKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-073, UL.GRENADIERÓW 51/59  |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 22 51 52 716   |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 002153989  |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital węzłowy  | <b>W</b>                    | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-073, GRENADIERÓW 51/59   |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 22 51 52 716   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                             |                                    |

|   |  |                             |                                    |
|---|--|-----------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b> | od 27.12.2020 r.   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie 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 75-34-318   |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 000302480  |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital węzłowy  | <b>W</b>                    | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZASNYSZ 06-300, SADOWA 9   |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 29 75-34-318   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                             |                                    |

|   |  |                             |                                    |
|---|--|-----------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9</b> | od 27.12.2020 r.   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI 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>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital węzłowy  | <b>W</b>                    | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRUSZKÓW 05-800, ARMII KRAJOWEJ 2/4                                  |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 22 758-80-02   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                             |                                    |

|  |  |                             |                                    |
|--|--|-----------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10</b> | od 27.12.2020 r.   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:   | NOWODWORSKIE CENTRUM MEDYCZNE W NOWYM DWORZE MAZOWIECKIM |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWY DWÓR MAZOWIECKI 05-100, UL.MIODOWA 2                |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 775-25-12/775-47-40                                      |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000306733  |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Szpital węzłowy  | <b>W</b>                    | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NOWY DWÓR MAZOWIECKI 05-100, PADEREWSKIEGO 7             |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 775-25-12/775-47-40                                      |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 28.12.2020 r.  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                             |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Szpital węzłowy                             | <b>W</b>             | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZAŃSKÓW MAZOWIECKI 05-152,<br>CZAŃSKÓW 118 |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 775-25-12/775-47-40                         |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.                               |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy                             | <b>W</b>             | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKROCZYM 05-170, RYNEK 8                   |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 775-25-12/775-47-40                         |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.                               |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11       | od 27.12.2020 r.  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SZPITAL WOLSKI IM. DR ANNY GOSTYŃSKIEJ<br>SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-211, UL.KASPRZAKA 17  |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 38-94-703  |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 011035381   |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy   | <b>W</b>             | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-211, KASPRZAKA 17   |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 38-94-703  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.   |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12       | od 27.12.2020 r.   | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---|--|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. ŚWIĘTEJ<br>RODZINY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-544, UL.MADALIŃSKIEGO 25   |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 450 22 15   |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 012045743  |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy  | <b>W</b>             | <b>2</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-544, A. J. MADALIŃSKIEGO<br>25   |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 450 22 15   |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.  |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13       | od 27.12.2020 r.   | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---|--|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY<br>SZPITAL ZACHODNI IM.ŚW. JANA PAWŁA II |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRODZISK MAZOWIECKI 05-825, UL.DALEKA<br>11                                    |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 755 55 17   |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 000311639  |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy  | <b>W</b>             | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRODZISK MAZOWIECKI 05-825, DALEKA 11  |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 755 55 17   |                      |                             |

|                           |               |  |  |
|---------------------------|---------------|--|--|
| Data dodania do wykazu    | 28.12.2020 r. |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |               |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14       | od 27.12.2020 r.   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| 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  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy  | W                       | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK 05-400, ARMII KRAJOWEJ 3  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 778-26-10   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy  | W                       | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIDER 05-402, MICKIEWICZA 8   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 778-26-10   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15       | od 27.12.2020 r.                                    | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| 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 76 33 259  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 000310315   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy                                     | W                       | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁOMIN 05-200, GDYŃSKA 1/3                         |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 76 33 259  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16       | od 27.12.2020 r.   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SZPITAL SPECJALISTYCZNY "INFLANCKA" IM. KRYSI NIŻYŃSKIEJ "ZAKURZONEJ" W WARSZAWIE SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-189, UL.INFLANCKA 6  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 697 31 10   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 013003050  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy  | W                       | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-189, INFLANCKA 6   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 697 31 56   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17       | od 27.12.2020 r.  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SZPITAL CZERNIAKOWSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-739, UL.STĘPIŃSKA 19/25                           |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 31 86 214  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 011026815   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-739, STĘPIŃSKA 19/25                              |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 31 86 214  | <b>W</b>                | <b>2</b>                    |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18       | od 27.12.2020 r.   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| 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  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADZYMIN 05-250, KONSTYTUCJI 3 MAJA 17   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22-760-71-70   | <b>W</b>                | <b>1</b>                    |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19       | od 27.12.2020 r.   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZWOLENIU |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZWOLEŃ 26-700, UL.ALEJA POKOJU 5                                   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 48 676 25 74   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 670204896  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZWOLEŃ 26-700, ALEJA POKOJU 5                                      |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 48 676 25 74   | <b>W</b>                | <b>1</b>                    |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20       | od 27.12.2020 r.   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY SPÓŁKA Z 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  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy  |                         |                             |

|   |   |          |          |
|---|---|----------|----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-617, JULIANA ALEKSANDROWICZA 5 | <b>W</b> | <b>1</b> |
| telefon/ telefony:                                | 48 361 39 00                            |          |          |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.                           |          |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |          |          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21       | od 27.12.2020 r.                            | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SZPITAL PRASKI P.W. PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-401, UL.AL. SOLIDARNOŚCI 67     |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 555 12 22                                |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 012298823                                   |                         |                             |
|   |   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy                             | <b>W</b>                | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-401, AL. SOLIDARNOŚCI 67        |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 555 12 22                                |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.                               |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22       | od 27.12.2020 r.   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SZPITAL BIELAŃSKI IM.KS.JERZEGO POPIEŁUSZKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-809, UL.UL. CEGŁOWSKA 80   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 56-90-500 CENTRALA  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 012298697  |                         |                             |
|   |  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy  | <b>W</b>                | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01 - 809, CEGŁOWSKA 80  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 56-90-500 CENTRALA  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy  | <b>W</b>                | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-809, CEGŁOWSKA 80  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 56-90-500 CENTRALA  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23       | od 27.12.2020 r.   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIPSKU |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIPSKO 27-300, UL.JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO 2                        |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 48 378 36 00   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 670997773  |                         |                             |
|   |  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy  | <b>W</b>                | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIPSKO 27-300, JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO 2                           |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 48 378 36 00   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24       | od 27.12.2020 r.  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWYM MIEŚCIE NAD PILICĄ |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE MIASTO NAD PILICĄ 26-420, UL.TOMASZOWSKA 43 43                       |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 48 674 38 00  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 670205424   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy   | <b>W</b>                | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE MIASTO NAD PILICĄ 26-420, SPACEROWA 1                                |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 48 674 38 00  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25       | od 27.12.2020 r.   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI 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  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy  | <b>W</b>                | <b>3</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IŁŻA 27-100, BODZENTYŃSKA 17   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 48 616 30 63   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26       | od 27.12.2020 r.   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W PIONKACH IM. LECHA I MARII KACZYŃSKICH - PARY PREZYDENCCKIEJ |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIONKI 26-670, UL.SIENKIEWICZA 29  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 48 612 13 81   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 670140015  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy  | <b>W</b>                | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIONKI 26-670, SIENKIEWICZA 9  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 48 612 13 81   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27       | od 27.12.2020 r.  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W WYSZKOWIE |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSZKÓW 07-200, UL.KOMISJI EDUKACJI NARODOWEJ 1                     |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 29 743-76-00  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 000308726   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy   |                         |                             |



|   |                       |          |          |
|---|-----------------------|----------|----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSZKÓW 07-200, KEN 1 | <b>W</b> | <b>1</b> |
| telefon/ telefony:                                | 29 743-76-00          |          |          |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.         |          |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                       |          |          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28       | od 27.12.2020 r.  | szczerzenie personelu   | szczerzenie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ "SZPITALA POWIATOWEGO" 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   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczerzenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy   | <b>W</b>                | <b>4</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOCHACZEW 96-500, BATALIONÓW CHŁOPSKICH 3/7                   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 46 864 95 40  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29       | od 27.12.2020 r.                                | szczerzenie personelu   | szczerzenie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| 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                                       |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczerzenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy                                 | <b>W</b>                | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-749, BURSZTYNOWA 2                  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 473 53 30                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30       | od 27.12.2020 r.  | szczerzenie personelu   | szczerzenie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOZIENICACH |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOZIENICE 26-900, UL.AL. WŁ. SIKORSKIEGO 10                           |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 48 38-28-800  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 670146450   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczerzenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy   | <b>W</b>                | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOZIENICE 26-900, AL. WŁ. SIKORSKIEGO 10                              |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 48 38-28-800  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31       | od 27.12.2020 r.   | szczerzenie personelu | szczerzenie populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| 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 DO 20   |                       |                         |
| identyfikator REGON                               | 000306756  |                       |                         |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                    | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Szpital węzłowy                    | <b>W</b>             | <b>3</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓW MAZOWIECKA 07-300, OKRZEI 8 |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 29 746 37 11 DO 20                 |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.                      |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32       | od 27.12.2020 r.   | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|--------------------|----------------------|
| 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  |                    |                      |
|   |  |                    |                      |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                      | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Szpital węzłowy                      | <b>W</b>             | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKOŁÓW PODLASKI 08-300, KS. BOSKO 5 |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 25 781 72 00                         |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.                        |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                      |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33       | od 27.12.2020 r.  | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|--------------------|----------------------|
| 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   |                    |                      |
|   |   |                    |                      |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                              | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Szpital węzłowy              | <b>W</b>             | <b>2</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGRÓW 07-100, KOŚCIUSZKI 15 |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 25 792 28 33                 |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.                |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                              |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34       | od 27.12.2020 r.  | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|--------------------|----------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GARWOLINIE |                    |                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GARWOLIN 08-400, UL.LUBELSKA 50                             |                    |                      |
| telefon/ telefony:                                | 25 68-44-949  |                    |                      |
| identyfikator REGON                               | 712353954   |                    |                      |
|   |   |                    |                      |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                              | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Szpital węzłowy              | <b>W</b>             | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GARWOLIN 08-400, STASZICA 18 |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 25 68-44-949                 |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.                |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                              |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35       | od 27.12.2020 r.                                 | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|--------------------|----------------------|
| nazwa:  | SPECJALISTYCZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI W CIECHANOWIE |                    |                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW 06-400, UL.POWSTAŃCÓW WIELKOPOLSKICH 2 |                    |                      |
| telefon/ telefony:                                | 23 672 32 71/4                                   |                    |                      |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                               | 000311622                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital węzłowy                               | <b>W</b>                       | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW 06-400, POWSTAŃCÓW WIELKOPOLSKICH 2 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 23 672 32 71/4                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |

|  |  |                              |                                |
|--|--|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36</b> | od 27.12.2020 r.                               | <b>szczepienie personelu</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>              |  |                              |                                |
| nazwa:   | Szpital węzłowy                                | <b>W</b>                     | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MIŃSK MAZOWIECKI 05-300, SZPITALNA 37          |                              |                                |
| telefon/ telefony:                                 | 25 506 51 00                                   |                              |                                |
| Data dodania do wykazu                             | 28.12.2020 r.                                  |                              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                              |                                |

|  |  |                              |                                |
|--|--|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37</b> | od 27.12.2020 r.   | <b>szczepienie personelu</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 71 42 400   |                              |                                |
| identyfikator REGON                                | 000304591  |                              |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  |                              |                                |
| nazwa:   | Szpital węzłowy  | <b>W</b>                     | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MAKÓW MAZ. 06-200, WITOSA 2                                      |                              |                                |
| telefon/ telefony:                                 | 29 71 42 400   |                              |                                |
| Data dodania do wykazu                             | 28.12.2020 r.  |                              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                              |                                |

|  |  |                              |                                |
|--|--|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38</b> | od 27.12.2020 r.                               | <b>szczepienie personelu</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>              |  |                              |                                |
| nazwa:   | Szpital węzłowy                                | <b>W</b>                     | <b>2</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁOSICE 08-200, SŁONECZNA 1                     |                              |                                |
| telefon/ telefony:                                 | 83 357 32 31                                   |                              |                                |
| Data dodania do wykazu                             | 28.12.2020 r.                                  |                              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                              |                                |

|  |   |                              |                                |
|--|---|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b> | od 27.12.2020 r.  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. MARSZAŁKA JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO W PŁOŃSKU |                              |                                |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOŃSK 09-100, UL.HENRYKA SIENKIEWICZA 7 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 23 661 34 00                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 000308703                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital węzłowy                          | <b>W</b>                       | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOŃSK 09-100, HENRYKA SIENKIEWICZA 7    |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 23 661 34 00                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |                                    |

|  |   |                              |                                |
|--|---|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40</b> | od 27.12.2020 r.  | <b>szczepienie personelu</b> | <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>              |   |                              |                                |
| nazwa:   | Szpital węzłowy   | <b>W</b>                     | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŻUROMIN 09-300, SZPITALNA 56  |                              |                                |
| telefon/ telefony:                                 | 23 657-22-01  |                              |                                |
| Data dodania do wykazu                             | 28.12.2020 r.   |                              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                              |                                |

|  |  |                              |                                |
|--|--|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41</b> | od 27.12.2020 r.   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO SP. Z O.O. (W IMIENIU UNIwersYTECKIEGO CENTRUM KLINICZNEGO WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO) |                              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-097, UL.JANA NIELUBOWICZA 5  |                              |                                |
| telefon/ telefony:                                 | 22 599-18-00   |                              |                                |
| identyfikator REGON                                | 016415800  |                              |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  |                              |                                |
| nazwa:   | Szpital węzłowy  | <b>W</b>                     | <b>10</b>                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-097, JANA NIELUBOWICZA 5   |                              |                                |
| telefon/ telefony:                                 | 22 599-18-00   |                              |                                |
| Data dodania do wykazu                             | 28.12.2020 r.  |                              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                              |                                |

|  |                                |                              |                                |
|--|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42</b> | od 27.12.2020 r.               | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:   | LUX MED. ONKOLOGIA SP.Z O.O.   |                              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 01-748, UL.SZAMOCCA 6 |                              |                                |
| telefon/ telefony:                                 | 22 430 88 50                   |                              |                                |
| identyfikator REGON                                | 360493191                      |                              |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                |                              |                                |
| nazwa:   | Szpital węzłowy                | <b>W</b>                     | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 01-748, SZAMOCCA 6    |                              |                                |
| telefon/ telefony:                                 | 22 430 88 50                   |                              |                                |
| Data dodania do wykazu                             | 28.12.2020 r.                  |                              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                |                              |                                |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                     | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|-------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Szpital węzłowy                     | W                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-291, ŚW. WINCENTEGO 103 |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 430 88 50                        |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.                       |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                     |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                     | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy                     | W                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-125, FIEDORFA 40        |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 430 88 50                        |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.                       |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                     |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43       | od 27.12.2020 r.  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| 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   |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy   | W                    | 3                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIERPC 09-200, SŁOWACKI 16  |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 24 275-85-01  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.   |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44       | od 27.12.2020 r.  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MŁAWIE |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MŁAWA 06-500, UL.DR ANNY DOBRSKIEJ 1                    |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 23 654-32-35  |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 000302474   |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy   | W                    | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MŁAWA 06-500, ANNY DOBRSKIEJ 1                          |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 23 654-32-35  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.   |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45       | od 27.12.2020 r.  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZYSUSZE |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZYSUCHA 26-400, UL.ALEJA JANA PAWŁA II 9A                         |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 48 383-35-00  |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 670205134   |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy   | W                    | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZYSUCHA 26-400, PARTYZANTÓW 8                                     |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 48 383-35-00  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.   |                      |                             |

|                           |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|
| Data wykreślenia z wykazu |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46       | od 27.12.2020 r.                       | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCYNY LOTNICZEJ   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-755, UL.KRASIŃSKIEGO 54/56 |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 261 852 873                            |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 010132188                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy                        |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-755, KRASIŃSKIEGO 54/56    | <b>W</b>                | <b>2</b>                    |
| telefon/ telefony:                                | 261 852 873                            |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47       | od 27.12.2020 r.                       | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | INSTYTUT FIZJOLOGII I PATOLOGII SŁUCHU |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-042, UL.MOCHNACKIEGO 10    |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 311 81 02                           |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 011692096                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy                        |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAJETANY 05-830, MOKRA 17              | <b>W</b>                | <b>2</b>                    |
| telefon/ telefony:                                | 22 311 81 02                           |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48       | od 27.12.2020 r.  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | NARODOWY INSTYTUT GERIATRII, REUMATOLOGII I REHABILITACJI IM. PROF. DR HAB. MED. ELEONORY REICHER |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-637, UL.SPARTAŃSKA 1  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 844 77 97  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 000288567   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-637, SPARTAŃSKA 1   | <b>W</b>                | <b>2</b>                    |
| telefon/ telefony:                                | 22 844 77 97  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49       | od 27.12.2020 r.   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-097, UL.BANACHA 1A   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 599 15 00   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 000288975  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy  |                         |                             |

|   |                                   |          |          |
|---|-----------------------------------|----------|----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-608, EMILII PLATER 21 | <b>W</b> | <b>2</b> |
| telefon/ telefony:                                | 22 599 15 00                      |          |          |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.                     |          |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                   |          |          |

|  |                                  |                                |                                    |
|--|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50</b> | od 27.12.2020 r.                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 04-141, UL.SZASERÓW 128 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 261 817 666                      |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 015294487                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Szpital węzłowy                  | <b>W</b>                       | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 04-141, SZASERÓW 128    |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 261 817 666                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 28.12.2020 r.                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                  |                                |                                    |

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51</b> | od 27.12.2020 r.                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | PŁOCKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SP. Z O.O. |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PŁOCK 09-402, UL.TADEUSZA KOŚCIUSZKI 28    |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 24 364 51 00                               |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 611416590                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Szpital węzłowy                            | <b>W</b>                       | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PŁOCK 09-400, MIODOWA 2                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 24 364 51 00                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 28.12.2020 r.                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Szpital węzłowy                            | <b>W</b>                       | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PŁOCK 09-402, KOŚCIUSZKI 28                |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 0243645100                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 28.12.2020 r.                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |

|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52</b> | od 27.12.2020 r.  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL ŚW. ANNY W PIASECZNIE |                                |                                    |
| 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>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Szpital węzłowy   | <b>W</b>                       | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PIASECZNO 05-500, MICKIEWICZA 39                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 735-41-00  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 28.12.2020 r.   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |

|  |                  |                              |                                |
|--|------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53</b> | od 27.12.2020 r. | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
|--|------------------|------------------------------|--------------------------------|

|   |   |                             |                                    |
|---|---|-----------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE W GRÓJCU SPÓŁKA Z O.O. |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRÓJEC 05-600, UL.KS. PIOTRA SKARGI 10            |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 48 664 91 00                                      |                             |                                    |
| identyfikator REGON                               | 142203546   |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital węzłowy                                   | <b>W</b>                    | <b>3</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRÓJEC 05-600, KS.PIOTRA SKARGI 10                |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 48 664 91 00                                      |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.                                     |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                             |                                    |

|  |   |                           |                             |
|--|---|---------------------------|-----------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54</b> | od 27.12.2020 r.                                      | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie populacyjne</b> |
| nazwa:   | SZPITAL SOLEC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                           |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 00-382, UL.SOLEC 93                          |                           |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 22 250 62 48  |                           |                             |
| identyfikator REGON                                | 142628955   |                           |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   |                           |                             |
| nazwa:   | Szpital węzłowy                                       | <b>W</b>                  | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 00-382, SOLEC 99                             |                           |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 22 250 62 48  |                           |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 28.12.2020 r.   |                           |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                           |                             |

|  |  |                           |                             |
|--|--|---------------------------|-----------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55</b> | od 27.12.2020 r.                                     | <b>szczenie personelu</b> | <b>szczenie 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>              |  |                           |                             |
| nazwa:   | Szpital węzłowy                                      | <b>W</b>                  | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 03-242, KONDRATOWICZA 8                     |                           |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 22 326-59-87, 22 326-58-00                           |                           |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 28.12.2020 r.  |                           |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                           |                             |

|  |  |                             |                                    |
|--|--|-----------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56</b> | od 27.12.2020 r.   | <b>szczenie personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>        |
| nazwa:   | MAZOWIECKIE CENTRUM REHABILITACJI STOCER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                             |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KONSTANCIN-JEZIORNA 05-510, UL.WIERZEJEWSKIEGO 12                                |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 711 90 00   |                             |                                    |
| identyfikator REGON                                | 142013120  |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  |                             |                                    |
| nazwa:   | Szpital węzłowy  | <b>W</b>                    | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-315, BARSKA 16/20  |                             |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 711 90 00   |                             |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 28.12.2020 r.  |                             |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                             |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>szczenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |



|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | Szpital węzłowy                                   | <b>W</b>                       | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KONSTANCIN-JEZIORNA 05-510,<br>WIERZEJEWSKIEGO 12 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 22 711 90 00                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital węzłowy                                   | <b>W</b>                       | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRUSZKÓW 05-800, WARSZTATOWA 1                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 22 711 90 00                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |

|  |  |                              |                                |
|--|--|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57</b> | od 27.12.2020 r.                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:   | ARION MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 04-854, UL.KAZIMIERZA KRÓLA<br>39           |                              |                                |
| telefon/ telefony:                                 | 24 236 09 00   |                              |                                |
| identyfikator REGON                                | 060690742  |                              |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  |                              |                                |
| nazwa:   | Szpital węzłowy                                      | <b>W</b>                     | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GORZEWO 09-500, KRUK 5                               |                              |                                |
| telefon/ telefony:                                 | 24 236 09 00   |                              |                                |
| Data dodania do wykazu                             | 28.12.2020 r.  |                              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                              |                                |

|  |  |                              |                                |
|--|--|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58</b> | od 27.12.2020 r.   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:   | CENTRUM ZDROWIA MAZOWSZA<br>ZACHODNIEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŻYRARDÓW 96-300, UL.B. LIMANOWSKIEGO<br>30/.                                       |                              |                                |
| telefon/ telefony:                                 | 46 855 20 11   |                              |                                |
| identyfikator REGON                                | 143149671  |                              |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  |                              |                                |
| nazwa:   | Szpital węzłowy  | <b>W</b>                     | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŻYRARDÓW 96-300, BOLESŁAWA<br>LIMANOWSKIEGO 30                                     |                              |                                |
| telefon/ telefony:                                 | 46 855 20 11   |                              |                                |
| Data dodania do wykazu                             | 28.12.2020 r.  |                              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                              |                                |

|  |  |                              |                                |
|--|--|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59</b> | od 27.12.2020 r.   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:   | SZPITAL POWIATOWY GAJDA-MED SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PUŁTUSK 06-102, UL.TEOFILA<br>KWIATKOWSKIEGO 19                        |                              |                                |
| telefon/ telefony:                                 | 23 691 99 01   |                              |                                |
| identyfikator REGON                                | 361505810  |                              |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  |                              |                                |
| nazwa:   | Szpital węzłowy  | <b>W</b>                     | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PUŁTUSK 06-102, TEOFILA<br>KWIATKOWSKIEGO 19                           |                              |                                |
| telefon/ telefony:                                 | 23 691 99 01   |                              |                                |
| Data dodania do wykazu                             | 28.12.2020 r.  |                              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                              |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60       |  | od 27.12.2020 r. | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. |                  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08-110, Poniatowskiego 26  |                  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 25 640 32 14   |                  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 141944750  |                  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  |                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy  |                  | <b>W</b>                | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08-110, Poniatowskiego 26  |                  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 25 640 32 14   |                  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.  |                  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61       |   | od 27.12.2020 r. | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|---|------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SZPITAL KLINICZNY IM. KS. ANNY MAZOWIECKIEJ |                  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-315, UL.KAROWA 2                |                  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 59 66 100                                |                  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 001372229                                   |                  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   |                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy                             |                  | <b>W</b>                | <b>2</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-315, UL.KAROWA 2                |                  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 59 66 100                                |                  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.                               |                  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62       |  | od 27.12.2020 r. | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY IM. PROF. WITOLDA ORŁOWSKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO W WARSZAWIE |                  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-416, UL.CZERNIAKOWSKA 231  |                  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 584 14 00   |                  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 000290883  |                  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  |                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital węzłowy  |                  | <b>W</b>                | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-416, UL.CZERNIAKOWSKA 231  |                  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 22 584 14 00   |                  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28.12.2020 r.  |                  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                  |                         |                             |

\* W - szpital węzłowy, P - pozostałe podmioty szczepiące personel (w tym szczepiące swoich pacjentów (m.in. ZOL))