



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO

---

Olsztyn, dnia 22 kwietnia 2020 r.

Poz. 1859

### OBWIESZCZENIE WOJEWODY WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO

z dnia 22 kwietnia 2020 r.

**w sprawie zmiany obwieszczenia Wojewody Warmińsko-Mazurskiego w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, udzielanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą lub lekarzy i lekarzy dentystów**

Na podstawie art. 7 ust. 3 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r., poz. 374 z późn. zm.), opracowanego przez Dyrektora Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w porozumieniu z Wojewodą, podaje się do publicznej wiadomości:

§ 1. W obwieszczeniu Wojewody Warmińsko-Mazurskiego z 9 marca 2020 r. (Dz. Urz.. Woj. Warmińsko-Mazurskiego z 2020 r., poz. 1299, 1353, 1633, 1651, 1684, 1705, 1769, 1796 i 1819) załącznik nr 1 pt. „Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, udzielanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą lub lekarzy i lekarzy dentystów”, otrzymuje brzmienie jak w załączniku do niniejszego obwieszczenia.

§ 2. Obwieszczenie podlega ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Województwa Warmińsko-Mazurskiego.

Wojewoda Warmińsko-Mazurski  
Artur Chojecki

Załącznik do obwieszczenia  
Wojewody Warmińsko-Mazurskiego  
z dnia 22 kwietnia 2020 r.

**Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19,  
udzielanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą lub lekarzy i lekarzy dentystów**

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1        |                                                     | katalog realizowanych świadczeń |            |             |            |                                           |                                             |                                              |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------|------------|-------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| nazwa:                                            | SZPITAL MIEJSKI<br>ŚW. JANA PAWŁA II<br>W ELBLĄGU   |                                 |            |             |            |                                           |                                             |                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ELBLĄG, 82-300,<br>UL. JANA AMOSA<br>KOMEŃSKIEGO 35 |                                 |            |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony:                                | 55 230 42 58                                        |                                 |            |             |            |                                           |                                             |                                              |
| identyfikator REGON                               | 281098840                                           |                                 |            |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                     | transport<br>sanitarny **       | leczenie   | izolatorium | teleporada | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na<br>obecność<br>wirusa<br>SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja<br>typu<br>pretriage |
| nazwa:                                            | SZPITAL MIEJSKI<br>ŚW. JANA PAWŁA II<br>W ELBLĄGU   | NIE                             | TAK        | TAK         | NIE        | NIE                                       | NIE                                         | TAK                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ELBLĄG, 82-300,<br>UL. STEFANA ŻEROMSKIEGO 22       |                                 |            |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony                                 | 55 230 42 58                                        |                                 |            |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Data dodania do wykazu                            |                                                     |                                 | 2020-03-09 | 2020-04-14  |            |                                           |                                             | 2020-04-14                                   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2        |                                                 | katalog realizowanych świadczeń |            |             |            |                                           |                                             |                                              |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|------------|-------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| nazwa:                                            | SZPITAL W OSTRÓDZIE<br>SPÓŁKA AKCYJNA           |                                 |            |             |            |                                           |                                             |                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓDA, 14-100<br>UL. WŁADYSŁAWA<br>JAGIEŁŁY 1 |                                 |            |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony:                                | 668 207 209                                     |                                 |            |             |            |                                           |                                             |                                              |
| identyfikator REGON                               | 511398725                                       |                                 |            |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                 | transport<br>sanitarny **       | leczenie   | izolatorium | teleporada | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na<br>obecność<br>wirusa<br>SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja<br>typu<br>pretriage |
| nazwa:                                            | SZPITAL W OSTRÓDZIE<br>SPÓŁKA AKCYJNA           | NIE                             | TAK        | TAK         | NIE        | NIE                                       | TAK                                         | TAK                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓDA, 14-100<br>UL. WŁADYSŁAWA<br>JAGIEŁŁY 1 |                                 |            |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony                                 | 668 207 209                                     |                                 |            |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Data dodania do wykazu                            |                                                 |                                 | 2020-03-09 | 2020-04-07  |            |                                           | 2020-04-07                                  | 2020-04-14                                   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3        |                                                                                                          | katalog realizowanych świadczeń |                    |             |            |                                           |                                             |                                              |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------|-------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| nazwa:                                            | WOJEWÓDZKI<br>SPECJALISTYCZNY<br>SZPITAL DZIECIĘCY<br>IM. PROF. DR STANISŁAWA<br>POPOWSKIEGO W OLSZTYNIE |                                 |                    |             |            |                                           |                                             |                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-651,<br>UL. ŻOŁNIERSKA 18 A                                                                  |                                 |                    |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony:                                | 89 539 34 21                                                                                             |                                 |                    |             |            |                                           |                                             |                                              |
| identyfikator REGON                               | 000295580                                                                                                |                                 |                    |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                          | transport<br>sanitarny **       | leczenie<br>DZIECI | izolatorium | teleporada | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na<br>obecność<br>wirusa<br>SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja<br>typu<br>pretriage |

|                                                   |                                                                                                          |                                   |                 |                    |                   |                                                                   |                                                       |                                                        |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| nazwa:                                            | WOJEWÓDZKI<br>SPECJALISTYCZNY<br>SZPITAL DZIECIĘCY<br>IM. PROF. DR STANISŁAWA<br>POPOWSKIEGO W OLSZTYNIE | NIE                               | TAK             | NIE                | NIE               | NIE                                                               | TAK                                                   | TAK                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-651,<br>UL. ŻOŁNIERSKA 18 A                                                                  |                                   |                 |                    |                   |                                                                   |                                                       |                                                        |
| telefon/ telefony                                 | 89 539 34 21                                                                                             |                                   |                 |                    |                   |                                                                   |                                                       |                                                        |
| Data dodania do wykazu                            |                                                                                                          |                                   | 2020-03-09      |                    |                   |                                                                   | 2020-04-17                                            | 2020-04-14                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>            |                                                                                                          | <b>transport<br/>sanitarny **</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne<br/>świadczenia<br/>stomatologiczne<br/>DLA DZIECI</b> | <b>test na<br/>obecność<br/>wirusa<br/>SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna<br/>kwalifikacja<br/>typu<br/>pretriage</b> |
| nazwa:                                            | PORADNIA<br>STOMATOLOGICZNA                                                                              | NIE                               | NIE             | NIE                | NIE               | TAK                                                               | NIE                                                   | NIE                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-651,<br>UL. ŻOŁNIERSKA 18 A                                                                  |                                   |                 |                    |                   |                                                                   |                                                       |                                                        |
| telefon/ telefony                                 | 89 539 32 08/89 539 32 09                                                                                |                                   |                 |                    |                   |                                                                   |                                                       |                                                        |
| Data dodania do wykazu                            |                                                                                                          |                                   |                 |                    |                   | 2020-04-03                                                        |                                                       |                                                        |

|                                                   |                                                  |                                        |                 |                    |                   |                                                    |                                        |                                          |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b> |                                                  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |                                                    |                                        |                                          |
| nazwa:                                            | WOJEWÓDZKA STACJA<br>POGOTOWIA RATUNKOWEGO       |                                        |                 |                    |                   |                                                    |                                        |                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WINCENTEGO<br>PSTROWSKIEGO 28B<br>10-602 OLSZTYN |                                        |                 |                    |                   |                                                    |                                        |                                          |
| telefon/ telefony:                                | 89 512 15 56                                     |                                        |                 |                    |                   |                                                    |                                        |                                          |
| identyfikator REGON                               | 511332933                                        |                                        |                 |                    |                   |                                                    |                                        |                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |                                                  | <b>transport<br/>sanitarny **</b>      | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne<br/>świadczenia<br/>stomatologiczne</b> | <b>test na<br/>obecność<br/>wirusa</b> | <b>wstępna<br/>kwalifikacja<br/>typu</b> |

|                                                   |                                                  |                 |     |     |     |     | SARS-CoV-2 | pretriage |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----------|
| nazwa:                                            | WOJEWÓDZKA STACJA<br>POGOTOWIA RATUNKOWEGO       | TAK<br>1 ZESPÓŁ | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE        | NIE       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WINCENTEGO<br>PSTROWSKIEGO 28B<br>10-602 OLSZTYN |                 |     |     |     |     |            |           |
| telefon/ telefony                                 | 89 512 15 56                                     |                 |     |     |     |     |            |           |
| Data dodania do wykazu                            |                                                  | 2020-03-09      |     |     |     |     |            |           |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5        |                                                                             | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| nazwa:                                            | WARMIŃSKO MAZURSKA<br>STACJA TRANSPORTU<br>MEDYCZNEGO<br>LESZEK GOŁĘBIEWSKI |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLNA 15<br>10-059 OLSZTYN                                                  |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony:                                | 89 512 15 56                                                                |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| identyfikator REGON                               | 510510485                                                                   |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                             | transport<br>sanitarny **       | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na<br>obecność<br>wirusa<br>SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja<br>typu<br>pretriage |
| nazwa:                                            | WARMIŃSKO MAZURSKA<br>STACJA TRANSPORTU<br>MEDYCZNEGO<br>LESZEK GOŁĘBIEWSKI | TAK<br>2 ZESPOŁY                | NIE      | NIE         | NIE        | NIE                                       | NIE                                         | NIE                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLNA 15<br>10-059 OLSZTYN                                                  |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony                                 | 89 512 15 56                                                                |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Data dodania do wykazu                            |                                                                             | 2020-03-09                      |          |             |            |                                           |                                             |                                              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6        |                                                                              | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>"ELMEDCAR"<br>MARCIN MALUDZIŃSKI |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JANA AMOSA<br>KOMENSKIEGO 35<br>82-300 ELBLĄG                                |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony:                                | 89 512 15 56                                                                 |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| identyfikator REGON                               | 280302741                                                                    |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                              | transport<br>sanitarny **       | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na<br>obecność<br>wirusa<br>SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja<br>typu<br>pretriage |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>"ELMEDCAR" MARCIN<br>MALUDZIŃSKI | TAK<br>1 ZESPÓŁ                 | NIE      | NIE         | NIE        | NIE                                       | NIE                                         | NIE                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JANA AMOSA<br>KOMENSKIEGO 35<br>82-300 ELBLĄG                                |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony                                 | 89 512 15 56                                                                 |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Data dodania do wykazu                            |                                                                              | 2020-03-09                      |          |             |            |                                           |                                             |                                              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7        |                                                          | katalog realizowanych świadczeń |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------|
| nazwa:                                            | SZPITAL POWIATOWY<br>IM. JANA PAWŁA II<br>W BARTOSZYCACH |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARDYNAŁA<br>WYSZYŃSKIEGO 11<br>11-200 BARTOSZYCE        |                                 |
| telefon/ telefony:                                | 89 512 15 56                                             |                                 |
| identyfikator REGON                               | 000308436                                                |                                 |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                    | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| nazwa:                                            | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH | TAK<br>1 ZESPÓŁ        | NIE      | NIE         | NIE        | NIE                                 | NIE                                | TAK                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO 11<br>11-200 BARTOSZYCE     |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony                                 | 89 512 15 56                                       |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| Data dodania do wykazu                            |                                                    | 2020-03-09             |          |             |            |                                     |                                    | 2020-04-14                          |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                    | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa:                                            | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH | TAK<br>1 ZESPÓŁ        | NIE      | NIE         | NIE        | NIE                                 | NIE                                | NIE                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWALSKA 3A<br>11-500 GIŻYCKO                      |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony                                 | 89 512 15 56                                       |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| Data dodania do wykazu                            |                                                    | 2020-03-13             |          |             |            |                                     |                                    |                                     |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8        |                                        | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                         |                           |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| nazwa:                                            | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY W ELBLĄGU |                                 |          |             |            |                                     |                         |                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRÓLEWIECKA 146<br>82-300 ELBLĄG       |                                 |          |             |            |                                     |                         |                           |
| telefon/ telefony:                                | 89 512 15 56                           |                                 |          |             |            |                                     |                         |                           |
| identyfikator REGON                               | 170745930                              |                                 |          |             |            |                                     |                         |                           |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                        | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa | wstępna kwalifikacja typu |

|                                                   |                                           |                 |     |     |     |     | SARS-CoV-2 | pretriage  |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------|-----|-----|-----|-----|------------|------------|
| nazwa:                                            | WOJEWÓDZKI SZPITAL<br>ZESPOŁONY W ELBLĄGU | TAK<br>1 ZESPÓŁ | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE        | TAK        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRÓLEWIECKA 146<br>82-300 ELBLĄG          |                 |     |     |     |     |            |            |
| telefon/ telefony                                 | 89 512 15 56                              |                 |     |     |     |     |            |            |
| Data dodania do wykazu                            |                                           | 2020-03-09      |     |     |     |     |            | 2020-04-14 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9        |                                                                                                                              | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>WOJEWÓDZKA<br>STOMATOLOGICZNA<br>PRZYCHODNIA<br>SPECJALISTYCZNA<br>SPÓŁKA Z O.O. |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻOŁNIERSKA 18<br>10-561 OLSZTYN                                                                                              |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony:                                | 89 539 99 59                                                                                                                 |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| identyfikator REGON                               | 519480610                                                                                                                    |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                              | transport<br>sanitarny **       | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na<br>obecność<br>wirusa<br>SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja<br>typu<br>pretriage |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>WOJEWÓDZKA<br>STOMATOLOGICZNA<br>PRZYCHODNIA<br>SPECJALISTYCZNA SPÓŁKA<br>Z O.O. | NIE                             | NIE      | NIE         | NIE        | TAK                                       | NIE                                         | NIE                                          |

|                                                   |                                 |  |  |  |  |            |  |  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------|--|--|--|--|------------|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻOŁNIERSKA 18<br>10-561 OLSZTYN |  |  |  |  |            |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 89 539 99 59                    |  |  |  |  |            |  |  |
| Data dodania do wykazu                            |                                 |  |  |  |  | 2020-04-01 |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10       |                                                                                      | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ -<br>CENTRUM STOMATOLOGII<br>RADOSŁAW NOWAK |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PULKOWNIKA<br>STANISŁAWA DĄBKA 94A<br>82-300 ELBLĄG                                  |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony:                                | 55 237 51 00                                                                         |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| identyfikator REGON                               | 170062354                                                                            |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                      | transport<br>sanitarny **       | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na<br>obecność<br>wirusa<br>SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja<br>typu<br>pretriage |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ -<br>CENTRUM STOMATOLOGII<br>RADOSŁAW NOWAK | NIE                             | NIE      | NIE         | NIE        | TAK                                       | NIE                                         | NIE                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PULKOWNIKA<br>STANISŁAWA DĄBKA 94A<br>82-300 ELBLĄG                                  |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony                                 | 55 237 51 00                                                                         |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Data dodania do wykazu                            |                                                                                      |                                 |          |             |            | 2020-04-01                                |                                             |                                              |



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12       |                                                  | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| nazwa:                                            | KLINIKA STOMATOLOGICZNA<br>EKODENT               |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL.KRYPSKA 30A<br>04-082 WARSZAWA                |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony:                                | 574 881 736                                      |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| identyfikator REGON                               | 141972780                                        |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                  | transport<br>sanitarny **       | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na<br>obecność<br>wirusa<br>SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja<br>typu<br>pretriage |
| nazwa:                                            | DENTOBUS                                         | NIE                             | NIE      | NIE         | NIE        | TAK                                       | NIE                                         | NIE                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓDA, 14-100,<br>UL. WŁADYSŁAWA<br>JAGIEŁŁY 1 |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony                                 | 574 881 736                                      |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Data dodania do wykazu                            |                                                  |                                 |          |             |            | 2020-04-03                                |                                             |                                              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13       |                                                                               | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| nazwa:                                            | SZPITAL GIŻYCKI"<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ<br>W UPADŁOŚCI |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GIŻYCKO 11-500<br>WARSZAWSKA 41                                               |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony:                                | 87 429 66 66                                                                  |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| identyfikator REGON                               | 000308442                                                                     |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                               | transport<br>sanitarny **       | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na<br>obecność<br>wirusa<br>SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja<br>typu<br>pretriage |
| nazwa:                                            | SZPITAL GIŻYCKI" SPÓŁKA<br>Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                | NIE                             | TAK      | NIE         | NIE        | NIE                                       | NIE                                         | TAK                                          |

|                                                   |                                 |  |            |  |  |  |  |            |
|---------------------------------------------------|---------------------------------|--|------------|--|--|--|--|------------|
|                                                   | W UPADŁOŚCI                     |  |            |  |  |  |  |            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GIŻYCKO 11-500<br>WARSZAWSKA 41 |  |            |  |  |  |  |            |
| telefon/ telefony                                 | 87 429 66 66                    |  |            |  |  |  |  |            |
| Data dodania do wykazu                            |                                 |  | 2020-04-14 |  |  |  |  | 2020-04-14 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14       |                                                                                | katalog realizowanych świadczeń |            |             |            |                                           |                                             |                                              |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------|-------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY<br>ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>SZPITAL POWIATOWY W PISZU |                                 |            |             |            |                                           |                                             |                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PISZ 12-200<br>SIENKIEWICZA 2                                                  |                                 |            |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony:                                | 87 425 45 00                                                                   |                                 |            |             |            |                                           |                                             |                                              |
| identyfikator REGON                               | 790316961                                                                      |                                 |            |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                | transport<br>sanitarny **       | leczenie   | izolatorium | teleporada | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na<br>obecność<br>wirusa<br>SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja<br>typu<br>pretriage |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY<br>ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>SZPITAL POWIATOWY W PISZU | NIE                             | TAK        | NIE         | NIE        | NIE                                       | NIE                                         | TAK                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PISZ 12-200<br>SIENKIEWICZA 2                                                  |                                 |            |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony                                 | 87 425 45 00                                                                   |                                 |            |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Data dodania do wykazu                            |                                                                                |                                 | 2020-04-14 |             |            |                                           |                                             | 2020-04-14                                   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15       |                                             | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| nazwa:                                            | UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W OLSZTYNIE |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-082, UL.WARSZAWSKA 30           |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony:                                | 89 524 53 54                                |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| identyfikator REGON                               | 280314632                                   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                             | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa:                                            | UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W OLSZTYNIE | NIE                             | NIE      | NIE         | NIE        | NIE                                 | TAK                                | TAK                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-082, UL.WARSZAWSKA 30           |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony                                 | 89 524 53 54                                |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| Data dodania do wykazu                            |                                             |                                 |          |             |            |                                     | 2020-04-14                         | 2020-04-14                          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16       |                                                 | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| nazwa:                                            | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA MIKULICZA W BISKUPCU |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BISKUPIEC, 11-300 UL.ARMII KRAJOWEJ 8           |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony:                                | 89 715 62 07                                    |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| identyfikator REGON                               | 511315745                                       |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                 | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18       |                                                          | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| nazwa:                                            | ZESPÓŁ ZAKŁADÓW<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W DOBRYM MIEŚCIE |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRE MIASTO, 11-040<br>UL.GRUNWALDZKA 10B               |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony:                                | 89 616 82 28                                             |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| identyfikator REGON                               | 510993868                                                |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                          | transport<br>sanitarny **       | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na<br>obecność<br>wirusa<br>SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja<br>typu<br>pretriage |
| nazwa:                                            | ZESPÓŁ ZAKŁADÓW<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W DOBRYM MIEŚCIE | NIE                             | NIE      | NIE         | NIE        | NIE                                       | NIE                                         | TAK                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRE MIASTO, 11-040<br>UL.GRUNWALDZKA 10B               |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony                                 | 89 616 82 28                                             |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Data dodania do wykazu                            |                                                          |                                 |          |             |            |                                           |                                             | 2020-04-14                                   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19       |                                                                   | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY<br>ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W DZIAŁDOWIE |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIAŁDOWO, 13-200<br>UL.LEŚNA 1                                   |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony:                                | 23 697 22 11                                                      |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| identyfikator REGON                               | 000310172                                                         |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                   | transport<br>sanitarny **       | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na<br>obecność<br>wirusa<br>SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja<br>typu<br>pretriage |

|                                                   |                                                                   |     |     |     |     |     |     |            |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY<br>ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W DZIAŁDOWIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIAŁDOWO, 13-200<br>UL.ŁĘŚNA 1                                   |     |     |     |     |     |     |            |
| telefon/ telefony                                 | 23 697 22 11                                                      |     |     |     |     |     |     |            |
| Data dodania do wykazu                            |                                                                   |     |     |     |     |     |     | 2020-04-14 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20       |                                                                   | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| nazwa:                                            | "PRO-MEDICA" W EŁKU<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EŁK, 19-300, UL.BARANKI 24                                        |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony:                                | 87 620 95 71                                                      |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| identyfikator REGON                               | 510996861                                                         |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                   | transport<br>sanitarny **       | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na<br>obecność<br>wirusa<br>SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja<br>typu<br>pretriage |
| nazwa:                                            | "PRO-MEDICA" W EŁKU<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | NIE                             | NIE      | NIE         | NIE        | NIE                                       | TAK                                         | TAK                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EŁK, 19-300, UL.BARANKI 24                                        |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony                                 | 87 620 95 71                                                      |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Data dodania do wykazu                            |                                                                   |                                 |          |             |            |                                           | 2020-04-14                                  | 2020-04-14                                   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21       |                                                          | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| nazwa:                                            | GOLDMEDICA SPÓŁKA<br>Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOŁDAP, 19-500,<br>UL.SŁONECZNA 7                        |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony:                                | 87 615 13 76                                             |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| identyfikator REGON                               | 790243995                                                |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                          | transport<br>sanitarny **       | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na<br>obecność<br>wirusa<br>SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja<br>typu<br>pretriage |
| nazwa:                                            | GOLDMEDICA SPÓŁKA<br>Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | NIE                             | NIE      | NIE         | NIE        | NIE                                       | NIE                                         | TAK                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOŁDAP, 19-500,<br>UL.SŁONECZNA 7                        |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony                                 | 87 615 13 76                                             |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Data dodania do wykazu                            |                                                          |                                 |          |             |            |                                           |                                             | 2020-04-14                                   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22       |                                                              | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| nazwa:                                            | POWIATOWY SZPITAL<br>IM. WŁADYSŁAWA<br>BIEGAŃSKIEGO W IŁAWIE |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IŁAWA, 14-200<br>UL.GEN. WŁ. ANDERSA 3                       |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony:                                | 89 644 96 00                                                 |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| identyfikator REGON                               | 510879196                                                    |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                              | transport<br>sanitarny **       | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na<br>obecność<br>wirusa<br>SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja<br>typu<br>pretriage |

|                                                   |                                                              |     |     |     |     |     |     |            |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|
| nazwa:                                            | POWIATOWY SZPITAL<br>IM. WŁADYSŁAWA<br>BIEGAŃSKIEGO W IŁAWIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IŁAWA, 14-200<br>UL.GEN. WŁ. ANDERSA 3                       |     |     |     |     |     |     |            |
| telefon/ telefony                                 | 89 644 96 00                                                 |     |     |     |     |     |     |            |
| Data dodania do wykazu                            |                                                              |     |     |     |     |     |     | 2020-04-14 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23       |                                           | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| nazwa:                                            | SZPITAL POWIATOWY<br>W KĘTRZYNIE          |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘTRZYN, 11-400<br>UL.M.C. SKŁODOWSKIEJ 2 |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony:                                | 664358094                                 |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| identyfikator REGON                               | 510929362                                 |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                           | transport<br>sanitarny **       | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na<br>obecność<br>wirusa<br>SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja<br>typu<br>pretriage |
| nazwa:                                            | SZPITAL POWIATOWY<br>W KĘTRZYNIE          | NIE                             | NIE      | NIE         | NIE        | NIE                                       | NIE                                         | TAK                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘTRZYN, 11-400<br>UL.M.C. SKŁODOWSKIEJ 2 |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony                                 | 664358094                                 |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Data dodania do wykazu                            |                                           |                                 |          |             |            |                                           |                                             | 2020-04-14                                   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24       |                                                                   | katalog realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:                                            | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W LIDZBARKU WARMIŃSKIM                |                                 |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIDZBARK WARMIŃSKI, 11-100<br>UL.KARD. STEFANA<br>WYSZYŃSKIEGO 37 |                                 |  |  |  |  |  |  |



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26       |                                                                                      | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| nazwa:                                            | SZPITAL MRĄGOWSKI<br>IM. MICHAŁA KAJKI SPÓŁKA<br>Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MRĄGOWO, 11-700,<br>UL.WOLNOŚCI 12                                                   |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony:                                | 89 741 94 00                                                                         |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| identyfikator REGON                               | 510938349                                                                            |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                      | transport<br>sanitarny **       | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na<br>obecność<br>wirusa<br>SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja<br>typu<br>pretriage |
| nazwa:                                            | SZPITAL MRĄGOWSKI<br>IM. MICHAŁA KAJKI SPÓŁKA<br>Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | NIE                             | NIE      | NIE         | NIE        | NIE                                       | NIE                                         | TAK                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MRĄGOWO, 11-700,<br>UL.WOLNOŚCI 12                                                   |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony                                 | 89 741 94 00                                                                         |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Data dodania do wykazu                            |                                                                                      |                                 |          |             |            |                                           |                                             | 2020-04-14                                   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27       |                                       | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| nazwa:                                            | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W NIDZICY |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIDZICA, 13-100,<br>UL.MICKIEWICZA 23 |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony:                                | 89 625 05 00                          |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| identyfikator REGON                               | 000306561                             |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                       | transport<br>sanitarny **       | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na<br>obecność<br>wirusa<br>SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja<br>typu<br>pretriage |

|                                                   |                                       |     |     |     |     |     |     |            |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|
| nazwa:                                            | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W NIDZICY | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | NIE | TAK        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIDZICA, 13-100,<br>UL.MICKIEWICZA 23 |     |     |     |     |     |     |            |
| telefon/ telefony                                 | 89 625 05 00                          |     |     |     |     |     |     |            |
| Data dodania do wykazu                            |                                       |     |     |     |     |     |     | 2020-04-14 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28       |                                                                                                 | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| nazwa:                                            | SZPITAL POWIATOWY<br>W NOWYM MIEŚCIE<br>LUBAWSKIM SPÓŁKA<br>Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE MIASTO LUBAWSKIE,<br>13-300 UL.MICKIEWICZA 10                                              |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony:                                | 56 474 23 57                                                                                    |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| identyfikator REGON                               | 519638554                                                                                       |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                 | transport<br>sanitarny **       | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na<br>obecność<br>wirusa<br>SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja<br>typu<br>pretriage |
| nazwa:                                            | SZPITAL POWIATOWY W<br>NOWYM MIEŚCIE LUBAWSKIM<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ    | NIE                             | NIE      | NIE         | NIE        | NIE                                       | TAK                                         | TAK                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE MIASTO LUBAWSKIE,<br>13-300<br>UL.MICKIEWICZA 10                                           |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony                                 | 56 474 23 57                                                                                    |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Data dodania do wykazu                            |                                                                                                 |                                 |          |             |            |                                           | 2020-04-17                                  | 2020-04-14                                   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29       |                                                               | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| nazwa:                                            | "OLMEDICA W OLECKU - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ" |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLECKO, 19-400, UL.GOŁDAPSKA 1                                |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony:                                | 87 520 22 95                                                  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| identyfikator REGON                               | 519558690                                                     |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                               | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa:                                            | "OLMEDICA W OLECKU - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ" | NIE                             | NIE      | NIE         | NIE        | NIE                                 | NIE                                | TAK                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLECKO, 19-400, UL.GOŁDAPSKA 1                                |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony                                 | 87 520 22 95                                                  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| Data dodania do wykazu                            |                                                               |                                 |          |             |            |                                     |                                    | 2020-04-14                          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30       |                                       | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| nazwa:                                            | MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY W OLSZTYNIE |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-045, UL.NIEPODLEGŁOŚCI 44 |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony:                                | 89 532 62 63                          |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| identyfikator REGON                               | 510650890                             |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                       | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa:                                            | MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY W OLSZTYNIE | NIE                             | NIE      | NIE         | NIE        | NIE                                 | TAK                                | TAK                                 |



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32       |                                                     | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-357 UL.JAGIELLOŃSKA 78                  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony:                                | 89 532 29 01                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| identyfikator REGON                               | 000295739                                           |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ GRUŹLICY I CHORÓB PŁUC | NIE                             | NIE      | NIE         | NIE        | NIE                                 | TAK                                | TAK                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-357 UL.JAGIELLOŃSKA 78                  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony                                 | 89 532 29 01                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| Data dodania do wykazu                            |                                                     |                                 |          |             |            |                                     | 2020-04-17                         | 2020-04-14                          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33       |                                                | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| nazwa:                                            | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-561, UL.ŻOŁNIERSKA 18              |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony:                                | 89 538 63 56                                   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| identyfikator REGON                               | 000293976                                      |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35       |                                         | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| nazwa:                                            | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W SZCZYTNI  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZYTNO, 12-100,<br>UL.SKŁODOWSKIEJ 12 |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony:                                | 89 623 21 00                            |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| identyfikator REGON                               | 519483005                               |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                         | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa:                                            | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W SZCZYTNI  | NIE                             | NIE      | NIE         | NIE        | NIE                                 | NIE                                | TAK                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZYTNO, 12-100,<br>UL.SKŁODOWSKIEJ 12 |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony                                 | 89 623 21 00                            |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| Data dodania do wykazu                            |                                         |                                 |          |             |            |                                     |                                    | 2020-04-14                          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36       |                                                                                                         | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| nazwa:                                            | MAZURSKIE CENTRUM<br>ZDROWIA SZPITAL<br>POWIATOWY W WĘGORZEWIE<br>PUBLICZNY ZAKŁAD<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGORZEWO, 11-600,<br>UL.3 MAJA 17                                                                      |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony:                                | 87 427 32 52                                                                                            |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| identyfikator REGON                               | 519461110                                                                                               |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                         | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38       |                                                        | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| nazwa:                                            | WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY W GÓROWIE IŁAWECKIM |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓROWO IŁAWECKIE, 11-220 UL.ARMII KRAJOWEJ 24          |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony:                                | 89 762 70 64                                           |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| identyfikator REGON                               | 000294616                                              |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                        | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa:                                            | WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY W GÓROWIE IŁAWECKIM | NIE                             | NIE      | NIE         | NIE        | NIE                                 | NIE                                | TAK                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓROWO IŁAWECKIE, 11-220 UL.ARMII KRAJOWEJ 24          |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony                                 | 89 762 70 64                                           |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| Data dodania do wykazu                            |                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    | 2020-04-14                          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39       |                                                           | katalog realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:                                            | WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO W OLSZTYNIE |                                 |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZTYN, 10-228 UL.WOJSKA POLSKIEGO 35                    |                                 |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 89 678 53 53                                              |                                 |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 000295484                                                 |                                 |  |  |  |  |  |  |



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41       |                                                                             | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| nazwa:                                            | SZPITAL PSYCHIATRYCZNY<br>SAMODZIELNY PUBLICZNY<br>ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGORZEWO, 11-600<br>UL.GEN. J. BEMA 24                                     |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony:                                | 87 427 27 66                                                                |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| identyfikator REGON                               | 790240956                                                                   |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                             | transport<br>sanitarny **       | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na<br>obecność<br>wirusa<br>SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja<br>typu<br>pretriage |
| nazwa:                                            | SZPITAL PSYCHIATRYCZNY<br>SAMODZIELNY PUBLICZNY<br>ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | NIE                             | NIE      | NIE         | NIE        | NIE                                       | NIE                                         | TAK                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGORZEWO, 11-600<br>UL.GEN. J. BEMA 24                                     |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony                                 | 87 427 27 66                                                                |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Data dodania do wykazu                            |                                                                             |                                 |          |             |            |                                           |                                             | 2020-04-14                                   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42       |                                                                              | katalog realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:                                            | ALERGO-TERAPIA<br>B. MORDASEWICZ-DOPIERAŁA<br>I D. DOPIERAŁA<br>SPÓŁKA JAWNA |                                 |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BARTOSZYCE, 11-200<br>ANDRZEJA WAJDY 10/37                                   |                                 |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 602595244                                                                    |                                 |  |  |  |  |  |  |

|                                                   |                                                                              |                               |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|
| identyfikator REGON                               | 281471546                                                                    |                               |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |                                                                              | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> |
| nazwa:                                            | ALERGO-TERAPIA<br>B. MORDASEWICZ-DOPIERAŁA<br>I D. DOPIERAŁA<br>SPÓŁKA JAWNA | NIE                           | NIE             | NIE                | TAK               | NIE                                        | NIE                                       | NIE                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BARTOSZYCE,11-200<br>ANDRZEJA WAJDY 10/37                                    |                               |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |
| telefon/ telefony                                 | 602595244                                                                    |                               |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |
| Data dodania do wykazu                            |                                                                              |                               |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |

|                                                    |                                                                                                                                         |                                        |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43</b> |                                                                                                                                         | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY<br>STOMATOLOGICZNY ZAKŁAD<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>DOCTRINA S.C. KAROLINA<br>BURKHARDT-STANISŁAWSKA,<br>MACIEJ STANISŁAWSKI |                                        |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ELBLĄG/82-300/KSIĘDZA<br>PIOTRA ŚCIEGIENNEGO 2C                                                                                         |                                        |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |
| telefon/ telefony:                                 | 55 232 72 60                                                                                                                            |                                        |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |
| identyfikator REGON                                | 170970488                                                                                                                               |                                        |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                                                                                                         | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> |

|                                                   |                                                                                                                                         |     |     |     |     |     |     |     |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY<br>STOMATOLOGICZNY ZAKŁAD<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>DOCTRINA S.C. KAROLINA<br>BURKHARDT-STANISŁAWSKA,<br>MACIEJ STANISŁAWSKI | NIE | NIE | NIE | TAK | NIE | NIE | NIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ELBLĄG/82-300/<br>KSIĘDZA PIOTRA<br>ŚCIEGIENNEGO 2C                                                                                     |     |     |     |     |     |     |     |
| telefon/ telefony                                 | 55 232 72 60                                                                                                                            |     |     |     |     |     |     |     |
| Data dodania do wykazu                            |                                                                                                                                         |     |     |     |     |     |     |     |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44       |                                                        | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| nazwa:                                            | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ<br>W GRODZICZNIE |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE GRODZICZNO/13-324/<br>NOWE GRODZICZNO 17 B        |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony:                                | 56 472 91 27                                           |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| identyfikator REGON                               | 870373859                                              |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                        | transport<br>sanitarny **       | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na<br>obecność<br>wirusa<br>SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja<br>typu<br>pretriage |
| nazwa:                                            | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ<br>W GRODZICZNIE | NIE                             | NIE      | NIE         | TAK        | NIE                                       | NIE                                         | NIE                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE GRODZICZNO/13-324/<br>NOWE GRODZICZNO 17 B        |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| telefon/ telefony                                 | 56 472 91 27                                           |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |
| Data dodania do wykazu                            |                                                        |                                 |          |             |            |                                           |                                             |                                              |

\* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu miejsce stacjonowania Dentobusu

\*\* liczba zespołów w danym miejscu