



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

---

Warszawa, dnia piątek, 3 kwietnia 2020 r.

Poz. 4309

### OBWIESZCZENIE WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

z dnia 3 kwietnia 2020 r.

**w sprawie ogłoszenia „Wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej  
wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19”**

Na podstawie art. 7 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. poz. 374, 567 i 568) ogłasza się „Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19”.

Wojewoda Mazowiecki:  
*Konstanty Radziwiłł*

**Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego,  
w związku z przeciwdziałaniem COVID-19**

|                                                   |                                                                       |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1</b> | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                                 |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów opieki Zdrowotnej w Kozienicach |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 26-900 Kozienice, ul. Al.Wł. Sikorskiego 10                           |
| telefon/ telefony:                                | 48 679 72 89; 48 679 72 96                                            |
| identyfikator REGON                               | 670146450                                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                                 |
| nazwa:                                            | <b>CHOROBY ZAKAŻNE</b>                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 26-900 Kozienice, ul. Al.Wł. Sikorskiego 10                           |
| telefon/ telefony                                 | 48 679 72 89; 48 679 72 96                                            |

|                                                   |                                       |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b> | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r. |
| nazwa:                                            | Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 09-400 Płock, ul. Medyczna 19         |
| telefon/ telefony:                                | 24 364 68 71; 24 364 64 03            |
| identyfikator REGON                               | 000650070                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r. |
| nazwa:                                            | <b>CHOROBY ZAKAŻNE</b>                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 09-400 Płock, ul. Medyczna 19         |
| telefon/ telefony                                 | 24 364 68 71; 24 364 64 03            |

|                                                   |                                        |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.  |
| nazwa:                                            | Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 01-201 Warszawa, ul. Wolska 37         |
| telefon/ telefony:                                | 22 33 55 261                           |
| identyfikator REGON                               | 000297945                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.  |
| nazwa:                                            | <b>CHOROBY ZAKAŻNE</b>                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 01-201 Warszawa, ul. Wolska 37         |
| telefon/ telefony                                 | 22 33 55 261                           |

|                                                   |                                                                          |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b> | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                                    |
| nazwa:                                            | Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. Dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 07-410 Ostrołęka, Al. Jana Pawła II 120A                                 |
| telefon/ telefony:                                | 29 765 12 63; 29 765 12 54; 297 65 21 18                                 |
| identyfikator REGON                               | 000304616                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                                    |
| nazwa:                                            | <b>CHOROBY ZAKAŻNE</b>                                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 07-410 Ostrołęka, Al. Jana Pawła II 120A                                 |
| telefon/ telefony                                 | 29 765 12 63; 29 765 12 54; 297 65 21 18                                 |

|                                                   |                                                            |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b> | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                      |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siedlcach |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 08 -110 Siedlce, ul. Jana Kilińskiego 29                   |
| telefon/ telefony:                                | 25 632 20 61 do 68 wew. 213                                |
| identyfikator REGON                               | 000310309                                                  |

|                                                   |                                                     |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1*</b>            | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.               |
| nazwa:                                            | <b>CHOROBY ZAKAZNE</b>                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 08 -110 Siedlce, ul. Starowiejska 15                |
| telefon/ telefony                                 | 25 632 20 61 do 68 wew. 213                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>            | data dodania do wykazu: 16.03.2020 r.               |
| nazwa:                                            | <b>CHIRURGIA OGÓLNA</b>                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 08 -110 Siedlce, ul. Starowiejska 15                |
| telefon/ telefony                                 | 25 632 20 61 do 68 wew. 213                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>            | data dodania do wykazu: 16.03.2020 r.               |
| nazwa:                                            | <b>KARDIOLOGIA</b>                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 08 -110 Siedlce, ul. Starowiejska 15                |
| telefon/ telefony                                 | 25 632 20 61 do 68 wew. 213                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4*</b>            | data dodania do wykazu: 16.03.2020 r.               |
| nazwa:                                            | <b>ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA</b>          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 08 -110 Siedlce, ul. Starowiejska 15                |
| telefon/ telefony                                 | 25 632 20 61 do 68 wew. 213                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5*</b>            | data dodania do wykazu: 16.03.2020 r.               |
| nazwa:                                            | <b>POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 08 -110 Siedlce, ul. Starowiejska 15                |
| telefon/ telefony                                 | 25 632 20 61 do 68 wew. 213                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6*</b>            | data dodania do wykazu: 16.03.2020 r.               |
| nazwa:                                            | <b>NEONATOLOGIA</b>                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 08 -110 Siedlce, ul. Starowiejska 15                |
| telefon/ telefony                                 | 25 632 20 61 do 68 wew. 213                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7*</b>            | data dodania do wykazu: 16.03.2020 r.               |
| nazwa:                                            | <b>CHOROBY WEWNĘTRZNE</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 08 -110 Siedlce, ul. Starowiejska 15                |
| telefon/ telefony                                 | 25 632 20 61 do 68 wew. 213                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8*</b>            | data dodania do wykazu: 19.03.2020 r.               |
| nazwa:                                            | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 08 -110 Siedlce, ul. Starowiejska 15                |
| telefon/ telefony                                 | 25 632 20 61 do 68 wew. 213                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9*</b>            | data dodania do wykazu: 19.03.2020 r.               |
| nazwa:                                            | <b>ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE<br/>DLA DOROSŁYCH</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 08 -110 Siedlce, ul. Starowiejska 15                |
| telefon/ telefony                                 | 25 632 20 61 do 68 wew. 213                         |

|                                                   |                                                                                              |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b> | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                                                        |
| nazwa:                                            | Wojskowy Instytut Medyczny Centralnego Szpitala<br>Klinicznego Ministerstwa Obrony Narodowej |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 04-141 Warszawa, ul. Szaserów 128                                                            |
| telefon/ telefony:                                | 261 817 519                                                                                  |
| identyfikator REGON                               | 015294487                                                                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                                                        |
| nazwa:                                            | <b>CHOROBY ZAKAZNE</b>                                                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 04-141 Warszawa, ul. Szaserów 128                                                            |
| telefon/ telefony                                 | 261 817 519                                                                                  |

|                                                   |                                       |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           | data dodania do wykazu: 13.03.2020 r. |
| nazwa:                                            | <b>DERMATOLOGIA I WENEROLOGIA</b>     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 04-141 Warszawa, ul. Szaserów 128     |
| telefon/ telefony                                 | 261 817 519                           |

|                                                   |                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b> | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                                                                                                               |
| nazwa:                                            | Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego - Dziecięcy Szpital Kliniczny im. Józefa Polikarpa Brudzińskiego w Warszawie |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 02-097 Warszawa, ul. Banacha 1a                                                                                                                     |
| telefon/ telefony:                                | 22 317 92 31                                                                                                                                        |
| identyfikator REGON                               | 000288975                                                                                                                                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                                                                                                               |
| nazwa:                                            | <b>CHOROBY ZAKAŻNE</b>                                                                                                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 02-091 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 63 A                                                                                                           |
| telefon/ telefony                                 | 22 317 92 31                                                                                                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           | data dodania do wykazu: 13.03.2020 r.                                                                                                               |
| nazwa:                                            | <b>ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA DLA DZIECI</b>                                                                                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 02-091 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 63 A                                                                                                           |
| telefon/ telefony                                 | 22 317 92 31                                                                                                                                        |

|                                                   |                                                   |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b> | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.             |
| nazwa:                                            | Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 06-400 Ciechanów, ul. Powstańców Wielkopolskich 2 |
| telefon/ telefony:                                | 23 673 02 77                                      |
| identyfikator REGON                               | 000311622                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.             |
| nazwa:                                            | <b>CHOROBY ZAKAŻNE</b>                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 06-400 Ciechanów, ul. Powstańców Wielkopolskich 2 |
| telefon/ telefony                                 | 23 673 02 77                                      |

|                                                   |                                                            |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9</b> | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                      |
| nazwa:                                            | Radomski Szpital Specjalistyczny im. Tytusa Chałubińskiego |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 26-610 Radom, ul. Lekarska                                 |
| telefon/ telefony:                                | 48 361 52 20                                               |
| identyfikator REGON                               | 000315086                                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                      |
| nazwa:                                            | <b>CHOROBY ZAKAŻNE</b>                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 26-610 Radom, ul. Tochtermana 1                            |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 52 20                                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           | data dodania do wykazu: 16.03.2020 r.                      |
| nazwa:                                            | <b>PEDIATRIA</b>                                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 26-610 Radom, ul. Tochtermana 1                            |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 52 20                                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           | data dodania do wykazu: 16.03.2020 r.                      |
| nazwa:                                            | <b>POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 26-610 Radom, ul. Tochtermana 1                            |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 52 20                                               |

|                                                   |                                            |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           | data dodania do wykazu: 16.03.2020 r.      |
| nazwa:                                            | <b>CHOROBY WEWNĘTRZNE</b>                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 26-610 Radom, ul. Tochtermana 1            |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 52 20                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           | data dodania do wykazu: 16.03.2020 r.      |
| nazwa:                                            | <b>ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 26-610 Radom, ul. Tochtermana 1            |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 52 20                               |

|                                                    |                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10</b> | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                                                                                                                                                  |
| nazwa:                                             | Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie                                                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 02-507 Warszawa, ul. Wołoska 137                                                                                                                                                       |
| telefon/ telefony:                                 | 22 508 18 50                                                                                                                                                                           |
| identyfikator REGON                                | 006472651                                                                                                                                                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                                                                                                                                                  |
| nazwa:                                             | <b>CHOROBY ZAKAŻNE</b>                                                                                                                                                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 02-507 Warszawa, ul. Wołoska 137                                                                                                                                                       |
| telefon/ telefony                                  | 22 508 18 50                                                                                                                                                                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            | data dodania do wykazu: 16.03.2020 r.                                                                                                                                                  |
| nazwa:                                             | Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie - Szpital Zakaźny jednoimienny (Decyzja Nr 1/2020 Wojewody Mazowieckiego z dnia 12.03.2020 r.) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 02-507 Warszawa, ul. Wołoska 137                                                                                                                                                       |
| telefon/ telefony                                  | 22 508 18 50                                                                                                                                                                           |

|                                                    |                                                                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b> | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                                              |
| nazwa:                                             | "LUXURY MEDICAL CARE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - SPÓŁKA KOMANDYTOWA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 00-195 WARSZAWA, SŁOMIŃSKIEGO 17/47                                                |
| telefon/ telefony:                                 | <b>22 525 12 09 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE</b>                              |
| identyfikator REGON                                | 015857134                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                                              |
| nazwa:                                             | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>                                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 00-716 WARSZAWA, BARTYCKA 175                                                      |
| telefon/ telefony                                  | <b>22 525 12 09 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE</b>                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                                              |
| nazwa:                                             | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>                                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 00-716 WARSZAWA, BARTYCKA 175                                                      |
| telefon/ telefony                                  | <b>22 525 12 09 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE</b>                              |

|                                                    |                                                                                                 |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b> | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                                                           |
| nazwa:                                             | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO I TRANSPORTU SANITARNEGO "MEDITRANS" SP ZOZ W WARSZAWIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 00-685 WARSZAWA, POZNAŃSKA 22                                                                   |
| telefon/ telefony:                                 | <b>22 525 12 09 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE</b>                                           |
| identyfikator REGON                                | 000294674                                                                                       |

|                                                   |                                                           |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                     |
| nazwa:                                            | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 02-625 WARSZAWA, WORONICZA 19                             |
| telefon/ telefony                                 | <b>22 525 12 09 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W WARSZAWIE</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                     |
| nazwa:                                            | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 02-625 WARSZAWA, WORONICZA 19                             |
| telefon/ telefony                                 | <b>22 525 12 09 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W WARSZAWIE</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                     |
| nazwa:                                            | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 02-625 WARSZAWA, WORONICZA 19                             |
| telefon/ telefony                                 | <b>22 525 12 09 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W WARSZAWIE</b> |

|                                                    |                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13</b> | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                                                                                             |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA<br>RATUNKOWEGO I TRANSPORTU SANITARNEGO<br>W PŁOCKU |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 09-400 PŁOCK, UL. NARODOWYCH SIŁ ZBROJNYCH 5                                                                                      |
| telefon/ telefony:                                 | <b>24 366 44 01 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W PŁOCKU</b>                                                                            |
| identyfikator REGON                                | 610317845                                                                                                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                                                                                             |
| nazwa:                                             | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>                                                                                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 09-402 PŁOCK, UL. STRZELECKA 3                                                                                                    |
| telefon/ telefony                                  | <b>24 366 44 01 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W PŁOCKU</b>                                                                            |

|                                                    |                                                                  |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14</b> | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                            |
| nazwa:                                             | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ "SZPITALA<br>POWIATOWEGO" W SOCHACZEWIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 96-500 SOCHACZEW, BATALIONÓW CHŁOPSKICH 3/7                      |
| telefon/ telefony:                                 | <b>24 366 44 01 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W PŁOCKU</b>           |
| identyfikator REGON                                | 017222233                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                            |
| nazwa:                                             | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 96-500 SOCHACZEW, BATALIONÓW CHŁOPSKICH 3/7                      |
| telefon/ telefony                                  | <b>24 366 44 01 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W PŁOCKU</b>           |

|                                                    |                                                         |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b> | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                   |
| nazwa:                                             | RADOMSKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 26-600 RADOM, UL. TOCHTERMANA 1                         |
| telefon/ telefony:                                 | <b>48 361 93 51 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W RADOMIU</b> |
| identyfikator REGON                                | 670206286                                               |

|                                                   |                                                         |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                   |
| nazwa:                                            | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 26-600 RADOM, UL. TOCHTERMANA 1                         |
| telefon/ telefony                                 | <b>48 361 93 51 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W RADOMIU</b> |

|                                                    |                                                           |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16</b> | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                     |
| nazwa:                                             | NZOZ IZI-MED S.C. IZABELLA KWIECIŃSKA<br>PAWEŁ GRABARCZYK |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 26-800 BIAŁOBRZEGI, SPACEROWA 29                          |
| telefon/ telefony:                                 | <b>48 361 93 51 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W RADOMIU</b>   |
| identyfikator REGON                                | 141631576                                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                     |
| nazwa:                                             | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 26-800 BIAŁOBRZEGI, SPACEROWA 29                          |
| telefon/ telefony                                  | <b>48 361 93 51 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W RADOMIU</b>   |

|                                                    |                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17</b> | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                                                                                                    |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ "RM-MEDITRANS" STACJA<br>POGOTOWIA RATUNKOWEGO I TRANSPORTU<br>SANITARNEGO W SIEDLCACH |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 08-110 SIEDLCE, B-PA I ŚWIRSKIEGO 38                                                                                                     |
| telefon/ telefony:                                 | 508622044 <b>GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W SIEDLCACH</b>                                                                                   |
| identyfikator REGON                                | 000297550                                                                                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                                                                                                    |
| nazwa:                                             | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>                                                                                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 08-110 SIEDLCE, B-PA I ŚWIRSKIEGO 38                                                                                                     |
| telefon/ telefony                                  | 508622044 <b>GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W SIEDLCACH</b>                                                                                   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                                                                                                    |
| nazwa:                                             | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>                                                                                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 08-110 SIEDLCE, B-PA I ŚWIRSKIEGO 38                                                                                                     |
| telefon/ telefony                                  | 508622044 <b>GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W SIEDLCACH</b>                                                                                   |

|                                                    |                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18</b> | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                                                                                                           |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ "MEDITRANS OSTROŁĘKA" STACJA<br>POGOTOWIA RATUNKOWEGO I TRANSPORTU<br>SANITARNEGO W OSTROŁĘCE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 07-410 OSTROŁĘKA, KOŚCIUSZKI 49                                                                                                                 |
| telefon/ telefony:                                 | <b>29 764 35 44 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W OSTROŁĘCE</b>                                                                                       |
| identyfikator REGON                                | 000297610                                                                                                                                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                                                                                                           |
| nazwa:                                             | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>                                                                                                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 07-410 OSTROŁĘKA, ROLNA 28                                                                                                                      |
| telefon/ telefony                                  | <b>29 764 35 44 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W OSTROŁĘCE</b>                                                                                       |

|                                                   |                                                           |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           | data dodania do wykazu: 09.03.2020 r.                     |
| nazwa:                                            | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 07-200 WYSZKÓW, PUŁTUSKA 23                               |
| telefon/ telefony                                 | <b>29 764 35 44 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W OSTROŁĘCE</b> |

|                                                    |                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19</b> | data dodania do wykazu: 18.03.2020 r.                                                                           |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY<br>IM. PROF. ADAMA GRUCY CENTRUM<br>MEDYCZNEGOKSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 05-400 OTWOCK, KONARSKIEGO 13                                                                                   |
| telefon/ telefony:                                 | <b>22 525 12 09 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W WARSZAWIE</b>                                                       |
| identyfikator REGON                                | 000290156                                                                                                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            | data dodania do wykazu: 18.03.2020 r.                                                                           |
| nazwa:                                             | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>                                                                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 05-400 OTWOCK, KONARSKIEGO 13                                                                                   |
| telefon/ telefony                                  | <b>22 525 12 09 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W WARSZAWIE</b>                                                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            | data dodania do wykazu: 18.03.2020 r.                                                                           |
| nazwa:                                             | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>                                                                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 05-400 OTWOCK, KONARSKIEGO 13                                                                                   |
| telefon/ telefony                                  | <b>22 525 12 09 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W WARSZAWIE</b>                                                       |

|                                                    |                                                           |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20</b> | data dodania do wykazu: 18.03.2020 r.                     |
| nazwa:                                             | PETRA MEDICA SP. Z O. O.                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 04-329 WARSZAWA, UL. GROCHOWSKA 166                       |
| telefon/ telefony:                                 | <b>22 525 12 09 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W WARSZAWIE</b> |
| identyfikator REGON                                | 015666180                                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            | data dodania do wykazu: 18.03.2020 r.                     |
| nazwa:                                             | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 04-128 WARSZAWA, UL. OMULEWSKA 27                         |
| telefon/ telefony                                  | <b>22 525 12 09 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W WARSZAWIE</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            | data dodania do wykazu: 18.03.2020 r.                     |
| nazwa:                                             | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 04-128 WARSZAWA, UL. OMULEWSKA 27                         |
| telefon/ telefony                                  | <b>22 525 12 09 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W WARSZAWIE</b> |

|                                                    |                                                                |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21</b> | data dodania do wykazu: 23.03.2020 r.                          |
| nazwa:                                             | ŚRODOWISKOWO-LEKARSKIE WODNE OCHOTNICZE<br>POGOTOWIE RATUNKOWE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 26-600 RADOM, UL. WERNERA 9/11                                 |
| telefon/ telefony:                                 | <b>48 361 93 51 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W RADOMIU</b>        |
| identyfikator REGON                                | 672958665                                                      |

|                                                   |                                                         |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           | data dodania do wykazu: 23.03.2020 r.                   |
| nazwa:                                            | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 26-600 RADOM, UL. WERNERA 9/11                          |
| telefon/ telefony                                 | <b>48 361 93 51 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W RADOMIU</b> |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           | data dodania do wykazu: 23.03.2020 r.                   |
| nazwa:                                            | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 26-600 RADOM, UL. WERNERA 9/11                          |
| telefon/ telefony                                 | <b>48 361 93 51 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM<br/>W RADOMIU</b> |

|                                                    |                                          |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22</b> | data dodania do wykazu: 23.03.2020 r.    |
| nazwa:                                             | Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 01-755 Warszawa, ul. Krasieńskiego 54/56 |
| telefon/ telefony:                                 | 02 61 852 601; 02 61 852 606             |
| identyfikator REGON                                | 010132188                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            | data dodania do wykazu: 23.03.2020 r.    |
| nazwa:                                             | <b>CHOROBY WEWNĘTRZNE</b>                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 01-755 Warszawa, ul. Krasieńskiego 54/56 |
| telefon/ telefony                                  | 02 61 852 601; 02 61 852 606             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            | data dodania do wykazu: 23.03.2020 r.    |
| nazwa:                                             | <b>NEUROLOGIA</b>                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 01-755 Warszawa, ul. Krasieńskiego 54/56 |
| telefon/ telefony                                  | 02 61 852 601; 02 61 852 606             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>            | data dodania do wykazu: 23.03.2020 r.    |
| nazwa:                                             | <b>CHIRURGIA OGÓLNA</b>                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 01-755 Warszawa, ul. Krasieńskiego 54/56 |
| telefon/ telefony                                  | 02 61 852 601; 02 61 852 606             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4*</b>             | data dodania do wykazu: 23.03.2020 r.    |
| nazwa:                                             | <b>OKULISTYKA</b>                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 01-755 Warszawa, ul. Krasieńskiego 54/56 |
| telefon/ telefony                                  | 02 61 852 601; 02 61 852 606             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5*</b>             | data dodania do wykazu: 23.03.2020 r.    |
| nazwa:                                             | <b>OTOLARYNGOLOGIA</b>                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 01-755 Warszawa, ul. Krasieńskiego 54/56 |
| telefon/ telefony                                  | 02 61 852 601; 02 61 852 606             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6*</b>             | data dodania do wykazu: 23.03.2020 r.    |
| nazwa:                                             | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 01-755 Warszawa, ul. Krasieńskiego 54/56 |
| telefon/ telefony                                  | 02 61 852 601; 02 61 852 606             |

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